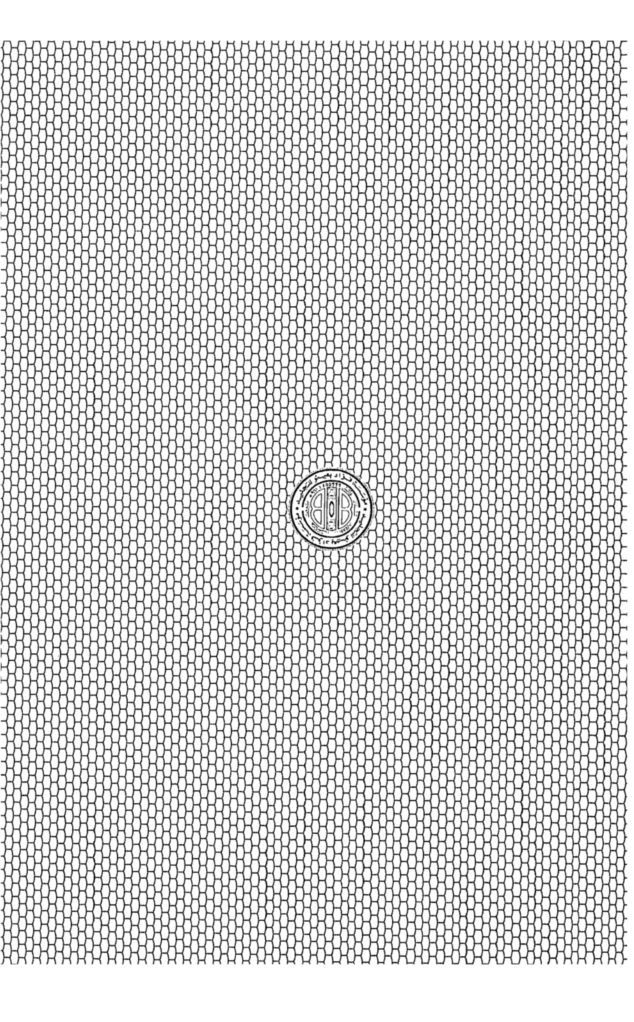
طرق التعامل مع المعوقين

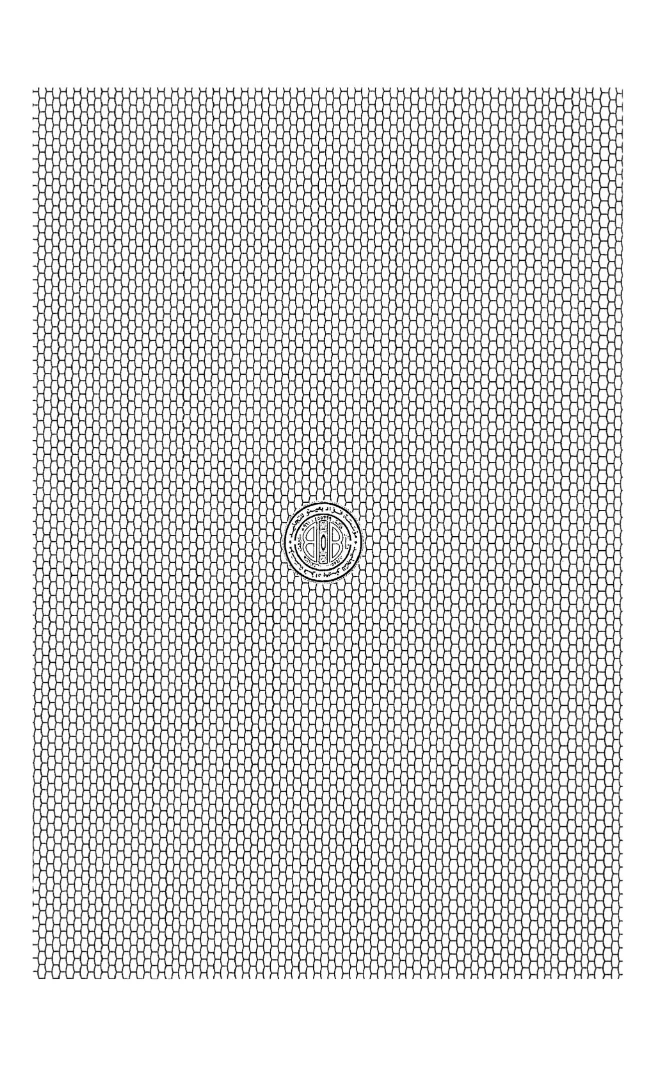


الدكتور
عبد المجيد حسن الطائي



www.daralhamed.net




مؤسسة فؤاد بعينو للتجليد

طرق التعامل
مع المعوقين

طرق التعامل مع المعوقين

الدكتور
عبد المجيد حسن الطائي

الطبعة الأولى
2008م





المملكة الأردنية الهاشمية
رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية
(2007 / 5 / 1385)

362.3

* الطائي ، عبد المجيد
* طرق التعامل مع المعوقين ، عبد المجيد حسن الطائي. _ عمان : دار الحامد.
( ) ص .
* ر. أ. : (2007 / 5 / 1385).
* الواصفات : / المعوقون// الايمان// الخدمات الاجتماعية// التعلم /

❖ أعدت دائرة المكتبة الوطنية بيانات الفهرسة والتصنيف الأولية .

* رقم الإجازة المتسلسل لدى دائرة المطبوعات والنشر 1382 / 5 / 2007
* (ردمك) ISBN 978-9957-32-346-2



شفا بدران - شارع العرب مقابل جامعة العلوم التطبيقية
هاتف: 5231081 -00962 فاكس : 5235594 -00962
ص.ب . (366) الرمز البريدي : (11941) عمان — الأردن

Site : www.daralhamed.net E-mail : info@daralhamed.net
E-mail : daralhamed@yahoo.com E-mail : dar_alhamed@hotmail.com



[العلق:1]

محتويات الكتاب

صفحة

صفحة

صفحة

صفحة

صفحة

صفحة



مقدمة

لا يخلو مجتمع، مهما صغر حجمه، من وجود أفراد معوقين أو ذوي حاجات خاصة لديهم مشكلات جسمية أو حسية أو عقلية تعوقهم عن الأداء بشكل فعال كبقية الناس العاديين. وهؤلاء الأفراد يحتاجون لمعاملة خاصة في جميع الميادين لأنه من الظلم أن نعدهم ضمن الأسوياء وبخاصة في الميدان الذي يحتاجون فيه لاستخدام ذلك الجانب الضعيف من أجسامهم وعقولهم.

ولذلك فإن هذا الكتاب موجه للمهتمين بهؤلاء المعوقين، مع اعترافنا بأنه لا يقدم كثيراً من الأمور الجديدة عن المعوقين إلا أنه يدرسهم دراسة شاملة تتجاوز في بعض الأحيان ما قدمه الطب وعلم النفس والخدمة الاجتماعية والتربية الرياضية وغيرها من ميادين العلوم التي اهتمت بالمعوقين.

كما أنه يأخذ بالحسبان طبيعة القراء والمستفيدين المحتملين منه وبخاصة من المعوقين وأسرهم ومدرسيهم ومدربيهم والمسؤولين عن رعايتهم، حيث ابتعد إلى حد ما عن المفاهيم التقنية المعقدة واقتصر على المفاهيم السهلة والشائعة التي يستطيع الناس العاديون فهمها.

إضافة لذلك، ونظراً لأن قسماً كبيراً من المعوقين يعيشون مع أسرهم في مجتمعنا العربي وهذه الأسر بحاجة إلى بعض المعارف الضرورية للتعامل معهم، فقد عرضنا في هذا الكتاب أحدث ما توصل إليه العاملون في ميدان الإعاقة بعد أن قمنا بصياغتها بأسلوب مبسط يجمع الاختصاص والمعرفة والخبرة والرغبة معاً لجميع العاملين في هذا الميدان.

لقد بدأنا هذا العمل بدراسة لمفهوم الإعاقة والمعوقين وبيّنا أن المعوق شخص لديه إعاقة تؤثر على جوانب سلوكه وليس كلها، وتتدرج هذه الإعاقة من أبسط أشكالها حتى أكثرها تعقيداً كالإعاقة المتعددة.

وبما أن الإعاقة ظاهرة اجتماعية فقد نظرنا لها في سياقها الاجتماعي لأن الثقافة تحدد من هو المعوق سواء أكانت تلك الثقافة هي المجتمع أو الحي أو الأسرة أو أية مؤسسة اجتماعية أو تربوية وسواء اعتمدت في ذلك على سن المعوق أو سلوكه أو جنسه أو أي شيء آخر، علماً أننا لم نفرد فصلاً خاصاً بذلك، لوجود العديد من الدارسين لهذا الموضوع، ولأن هدفنا هنا هو معرفة الإعاقة وأسبابها وآثارها وعلاجها أو رعاية أصحابها بعد معرفة ما ينبغي عمله حيالهم.

إضافة لذلك على الرغم من أننا في الحديث عن الإعاقة تطرقنا لمفهومها وأسبابها وأعراضها والصفات الخاصة بأصحابها كضعف النمو وضعف مفهوم الذات وما يرتبط به من مستويات الطموح والتوقعات والشعور بالتهميش وعدم القيمة وفقدان الثقة بالنفس والشعور بانتهاك الخصوصيات وضعف القدرة على التواصل والاتصال، فإننا لم نتطرق في جميع الحالات لدراسة أثر الإعاقة على المعوق أو لدراسة خصائصه النفسية حيث ترجمنا كتاباً كاملاً عن الأطفال المشكلين يحتوي كثيراً من آثار الإعاقة والمشكلة على صاحبها.

حول مسألة التدخل في أمور المعوقين وتشخيص إعاقاتهم وتوجيههم إلى المؤسسات المعنية بهم أو رعايتهم في أسرهم، عرضنا بإسهاب كيفية تقويم المعوقين ومعرفة العوامل المؤدية لإعاقتهم (باستثناء الاضطرابات الشخصية التي عرضت في كتابنا المذكور أعلاه). كما عرضنا أشكالاً مختلفة من تقويم الإعاقات أو تشخيصها ولم نكتف بشكل واحد. أي أننا تحدثنا بإسهاب عن التقويم الطبي والنفسي بحسب الحالة أو الإعاقة مع ذكر الاختبارات المناسبة.

علاوة على ذلك لم يكن التقويم مقتصراً على الاختبارات بل استخدمنا في أحيان عديدة مفهوم نسبة الذكاء أو العمر العقلي أو الشكل الهيكلي للجسم أو للحاسة معياراً للإعاقة في حين اعتمدنا وسائل أخرى لدراسة بعض المعوقين أو تقويمهم كالأساليب السيكومترية والملاحظات والمقابلات. ولا يفوتنا هنا أن نؤكد على المشكلات العديدة التي تواجه من يعمل في هذا المجال إما لعدم قدرته على الإحاطة بكل جوانب الموضوع المتشعب أو لعدم توفر أدوات التقويم والتشخيص المناسبة.

بالنسبة للوقاية والعلاج، فطالما أن هذا العمل قد كان توجهه منذ البداية تثقيفياً وهادفاً للتوعية بالمعوقين ومشكلاتهم ورعايتهم فإنه تم عرض العديد من إجراءات الوقاية من الإعاقات وبخاصة ما يتعلق منها بالغذاء والمأوى والدفء والأمن والانتماء والحب واحترام الذات.

كما تمت الإشارة في كثير من الأحيان لأشكال العلاج المناسبة سواء ما يتعلق منها بالعلاج النفسي والإرشاد والمناقشات الجماعية والعلاج البيئي والسلوكي والمهني والكلامي والجسمي وفق ما توصي به هذه النظرية أو تلك لإزالة ما يتدخل في قدرة المعوق أو يمنعه من أن يكون متكيفاً وسعيداً. ومن أبرز أشكال العلاج المذكورة العلاج بالموسيقي والحركة والفنون والأعمال اليدوية والتمثيل والرياضة والتدريب المهني والعلاج الكلامي والجسمي والبيئي والأسري وغيرها.

وفيما يتعلق بالمكان اللائق بتأهيل المعوقين وتدريبهم ورعايتهم فقد انطلقنا من ضرورة التدخل في حياة المعوقين بشكل مبكر وبخاصة إذا كانت ثقافاتهم الثانوية غير كفؤة لرعايتهم وتدريبهم وتعليمهم ومن ضرورة إرسالهم إلى مؤسسات لتعليمهم وتدريبهم وتعديل سلوكهم إذا كان الأمر يقتضي ذلك، ليس بدافع العطف عليهم بل لأن لهم نفس الحقوق الخاصة بالأسوياء وبخاصة حق الاحترام.

وفي هذا الصدد لم نتخذ موقفاً محدداً حول شكل علاقة المعوقين بهذه المؤسسات

سواء بالنسبة لما يتعلق بضرورة بقائهم في بيوتهم والتعلم والتدريب في المؤسسات أم الإقامة والتعلم معاً في المؤسسات المذكورة. كما أننا لم نعرض الأسباب الموجبة أو غير الموجبة لوضعهم في هذه المؤسسات سواء تعلق الأمر بذكائهم أو بمشكلاتهم السلوكية والاجتماعية أو بتوفر الخدمات أم لا علماً أن هناك فريقاً كبيراً يدعو لوضعهم في المؤسسات لكننا نرى أن هناك إيجابيات للمنزل أيضاً وإن هذه المسألة مسألة خلافية ذات جذور عقائدية.

وفي كل الحالات، إن اتجاهنا هنا ينبع من مقولة أن من واجب الدولة والمجتمع المتحضر تقديم الخدمات اللازمة للمعوقين سواء أقاموا في منازلهم أو في مؤسسات الرعاية بدءاً من توفر الأطباء العامين والاختصاصيين والزائرين الصحيين مروراً بتوفر عيادات التوجيه والمشافي والمدارس الخاصة والأندية ومراكز الرعاية اليومية ومراكز التدريب وورشات العمل المغلقة وانتهاء بالمدارس والمؤسسات التربوية.

وبخصوص تعليم المعوقين وتدريبهم، قمنا بعرض الطرق المختلفة لتعليم كل فئة من المعوقين وعرضنا برامجها بشكل مختصر إلا أننا قمنا بشكل كبير بعرض برامج تعليم المأفونين (المورون) والبلهاء التي قدمها كولستو لتعليم الأطفال القابلين للتعلم من المتخلفين عقلياً.

ونظراً لاتساع برنامج كولستو لهؤلاء وخصوصية برنامج مرسي للبيئة العربية فقد اعتمدنا كثيراً على البرنامج العربي، دون أي تعديل عليه، لأنه يتضمن مهارات الاتصال والتواصل، ومهارات الحساب، والكفاءات الاجتماعية، والمهارات الحركية، والمهارات الجمالية، والصحة والأمن والأمان والضمان، والكفاءات المهنية.

وبالنسبة لما يتعلق برعاية المعوقين، فقد ذكرنا العديد من المقترحات لتحسين الخدمات المقدمة للمعوقين سواء ما يتعلق منها بالوقاية أو التشخيص أو التوجيه والإرشاد أو الخدمة الطبية والتعليم، أو توفير الأجهزة والأدوات المساعدة، أو

الخدمات المهنية أو تأمين دخل ثابت وعمل أو تأمين خدمات رياضية وسمعية واتصالية. كما أوصينا بعدم الإقلال بما يكفي من هذه الخدمات كمًّا ونوعاً وبخاصة ما يتعلق بالعناصر البشرية التي تقدم المساعدة للمعوقين وأسرهم. وأوصينا بضرورة تقديم هذه الخدمات للمعوقين كل حسب إعاقته ودرجتها وأسلوب تقديمها.

وأخيراً بما أنه ما من خدمة يمكن أن تقدم بالشكل اللائق مهما تم التفكير بها ومهما كانت النوايا الكامنة وراءها ومهما كان نوعها جيداً وطريقة عرضها جيدة ما لم يتم تهيئة المناخ الملائم لذلك. وانطلاقاً من ذلك كان توجهنا طوال هذا العمل منصباً على رعاية المعوقين وأسرهم وبيئتهم المحلية ومجتمعهم الواسع.

فعلى صعيد الأسرة، نحن ندرك ويدرك معنا القارئ العزيز أنه ما من أسرة، مهما كان نوعها، ترحب بشدة بالطفل المعوق حتى أن بعضها يظهر عدم رضاه عنه. ولكن طالما أن الأسرة بعد ولادة المعوق تصبح ملزمة أخلاقياً واجتماعياً برعايته فإنها إما أن ترغب باتخاذ القرار المناسب حول مساعدته إذا كانت تتوقع له مستقبلاً جيداً وتسعى لتقديم الرعاية المطلوبة له وتبالغ في حمايته فتقلص من استقلاليته، أو لا ترغب به فلا تعطيه الأفضلية في الرعاية بل ترغب بالتخلص منه وذلك بإرساله إلى مؤسسات الرعاية.

وفي كل الأحوال إن أسرة المعوق تواجه مشكلات عديدة في رعايته أهمها عدم توفير الرعاية الجسمية له وبخاصة إذا كانت أمه صغيرة السن وقليلة الاستفادة من الأبوة، أو عدم الانضباط في معاملته أو الخروج من البيت بدونه وعدم مساعدته في الاتصال بالآخرين أورعايته أثناء العطل أو مصاحبته لمراجعة العيادات أو عدم توفر السكن والمصاريف والمثيرات المناسبة لرعايته ...الخ.

وفوق ذلك كله إن وجود المعوق في الأسرة يزيد من عدم استقرار الزواج غير المستقر في الأسرة ويزيد الخلاف بين الأخوة نتيجة لإهمالهم من قبل الأبوين لرعاية المعوق، ولذلك ينبغي مساعدة مثل هذه الأسر للانضمام إلى أندية خاصة بأسر المعوقين

وتقديم المساعدة الخاصة لأطفالهم أينما وجدوا وتقديم المزيد من الرعاية للأمهات بحيث لا يصبح المعوقون معيقين لهن ومعكرين لحياتهن.

وعلى صعيد المجتمع المحلي أو البيئة المحلية فإن هناك علاقة تأثر وتأثير متبادل بين المعوق وبيئته فهو ملزم بالتكيف معها مع الاحتفاظ بشيء من استقلاليته ووعيه للواقع وبناء العلاقات الشخصية المناسبة والقدرة على متابعة الأهداف. أما هي فهي ملزمة بإيجاد العمل المناسب له سواء في الورشات المعنية أو غيرها. كما أنها ملزمة بتدريبهم على المهن وبتغيير اتجاهات أرباب العمل نحوهم وذلك باستخدام التوجيه والإرشاد وتوظيف المعلومات وتعديلات التحيزات المضادة لهم. وتعديل البيئة لصالحهم وهذا يعتمد على الجنس والذكاء والمستوى الاقتصادي والشخصي والحالة الشخصية لهم ولمن يقومون برعايتهم من المختصين.

وعلى الصعيد الاجتماعي العام، بيّنا في هذا العمل أننا كغيرنا من المجتمعات ينبغي أن تصدر الحكومات المعنية التشريعات اللازمة لرعاية المعوقين وتجري الدراسات اللازمة في هذا المجال وتحسن برامج الرعاية المطلوبة لهم وتنشر الوعي بين الناس حول أهمية مشكلات المعوقين، وتهتم بالوقاية من الإعاقات عموماً والتخلف العقلي خصوصاً من خلال الاهتمام بالوصاية الصحية وتقديم التعليم والتدريب الضروري، ومن ثم تقديم العلاج في المؤسسات التي تقام لهذا الغرض بهدف تنمية قدرات المعوقين جميعها وتدريبهم على الحياة بشكل مقبول ومتكيف وتأهيلهم وتدريبهم على المهارات بما يتفق وإعاقاتهم وتوفير فرص العمل المناسبة لهم.



المؤلف



تمهيد

الإعاقة والمعوقون

تمهيد

الإعاقة والمعوقون

لقد تعددت الدراسات والبحوث العلمية وكثرت المؤلفات وتنوعت في جميع المجالات التي تختص بالأفراد الأسوياء خلال قرون مضت ولكنها أهملت المعاقين، وخاصة في البلاد النامية، علماً بأن هؤلاء الأفراد المعوقين، بجميع فئاتهم سواء كانوا أطفالاً أو شباباً أو كباراً، هم قبل كل شيء إخوة لنا شاء لهم القدر أن يعيشوا تحت ظروف خاصة جعلتهم يواجهون العديد من المشاكل والصعوبات بسبب النقص في إمكانياتهم وقدراتهم على ممارسة الحياة الطبيعية كغيرهم من الأسوياء.

ولذلك إذا وجد نقص لدى الإنسان عند زملائه سواء أكان نقصاً جسمياً أو نفسياً فإنه يجب أن لا يعوقه ذلك النقص عن تمتعه بما لديه من إنسانية، وذلك مراعاة لآدميته المكرمة وحماية لمصالحه ولمصالح المجتمع الذي ينتمي إليه.

وإيماناً بضريبة الإنسانية على العاديين من أبنائها نحو إخوانهم المعوقين دون ذنب أو جريمة ارتكبوها فإن كل مجتمع إنساني مطالب بحماية كرامة هؤلاء الأفراد وصونها بإعدادهم للحياة المنتجة والمقنعة التي تحقق لهم التوافق والنمو السليم في مجتمعهم.

والمبرر هو أن انتماءنا الاجتماعي والثقافي والديني يحرضنا على ذلك. وعلى وجه التحديد فإن الأديان السماوية تحث على مساندة العاجز والضعيف والمريض، ومساعدة كل منهم على أن يتمتع بإنسانيته وتطالب المجتمع بأن يساعد كل معوق على بلوغ هذه الغاية لأن من أهم سمات الإنسانية الخيرة المساواة وتكافؤ الفرص والمشاركة في رفاهية المجتمع.

انطلاقاً من ذلك، لقد أصبحت حالة المعوقين في وقتنا الحالي مسؤولية قومية واجتماعية وأخلاقية ودينية في وقت واحد، واتضح للمجتمعات العربية ما تبذله المجتمعات الأوروبية من جهود في هذا الميدان بدافع من الإنسانية وبروح الحضارة قبل الدافع الاقتصادي والاجتماعي.

ومن هنا انبثقت فكرة التربية الخاصة وهي تعني تربية الأطفال غير العاديين، أي المعوقين سمعياً أو بصرياً أو عقلياً، وتشمل التربية ضعاف القلب والمرضى بأمراض مزمنة والمتخلفين عقلياً والمصابين بأمراض كلامية، والمشلولين، والمعقدين نفسياً، والعاجزين عجزاً جزئيًا. وتختلف التربية الخاصة عن التربية العامة في أنها تعد أطفالاً غير عاديين للحياة العادية، في حين أن التربية العامة تعد العاديين للحياة. ولذلك كانت مهمة التربية الخاصة أدق وأعمق، وتتطلب جهوداً تربوية ضخمة تتناسب وقدرات هؤلاء الأطفال.

أ- تطور مفهوم الإعاقة:

لقد بقي المعوقون وحتى حوالي منتصف القرن العشرين يسمون باسم المقعدين ثم أطلق عليهم بعدئذ اسم ذوي العاهات على اعتبار أن كلمة مقعدين تطلق عادة على مبتوري الأطراف أو المصابين بالشلل، أما العاهة فهي أكثر شمولاً وتدل على الإصابات المستديمة.

ثم تطور هذا التعبير إلى مصطلح «عاجز» ويعني كل من به صفة تجعله عاجزاً من أي جانب من جوانب الحياة، سواء من حيث العجز عن العمل أو الكسب، أو العجز عن ممارسة شؤون حياته الشخصية، أو العجز عن التعامل مع الغير، أو العجز عن التعليم. ولكن في مرحلة ما بعد الحرب الكونية الثانية تطورت النظرة للعاجزين فأصبح ينظر لهم على أنهم ليسوا عاجزين وأن المجتمع هو الذي عجز عن استيعابهم أو عن تقبلهم أو عن الاستفادة مما قد يكون لديهم من مميزات أو مواهب أو صفات أو

قدرات يمكن تنميتها وتدريبها من أجل أن يتكيفوا مع المجتمع رغم عاهاتهم إذ ربما يفوقون مَن نطلق عليهم كلمة أسوياء.

وعندما أدرك المجتمع أنه هو الذي يحوي تلك العوائق التي تمنعهم من التكيف معه، أصبحت الهيئات المتخصصة والمراجع العلمية تسميهم المعاقين أو المعوّقين، بمعنى وجود عائق يعوقهم عن التكيف مع المجتمع، وبهذا المفهوم أصبحت كلمة معوق لا تقتصر على المعوقين عن العمل والكسب وإنما تشمل المعوقين عن التكيف نفسياً واجتماعياً مع البيئة، وذلك إما بسبب إصابتهم بعاهات أو انحرافات سلوكية، وإما بسبب ما تعرضه عليهم البيئة من تطورات أو مفاجآت لم تكن في حسبانهم (شميد، 1977).

ب- تعريف الإعاقة والمعوق وبعض المفاهيم المرتبطة بها:

الإعاقة: هي العلة المزمنة التي تؤثر على قدرات الشخص جسمياً أو نفسياً فيصبح نتيجة لذلك غير قادر على أن يتنافس بكفاءة مع أقرانه الأسوياء (رمضان، 1990، ص197) ويتضمن تعريف منظمة الصحة العالمية للإعاقة المعنى التالي:

1- **الخلل**: وهو أي فقد أو شذوذ في التركيب أو الوظيفة السيكولوجية أو الفسيولوجية.

2- **العجز**: وهو عدم القدرة على القيام بنشاط جسمي أو حركي بالطريقة التي تعتبر طبيعية بسبب الخلل.

3- **العاهة**: وهي ما يحدث نتيجة للخلل أو العجز ويقيد نشاط الفرد بالنسبة لأداء مهمة معينة.

وهناك عدد كبير من المصطلحات التي تستعمل للإشارة إلى الإعاقة ويختلف التركيز عليها من بلد إلى آخر ومن فترة زمنية إلى أخرى. ومن العبارات التي استعملت

(ولا تزال مستعملة حتى الآن) مفاهيم: القصور، التدهور، الاضطراب، الشذوذ، التخلف، ودون السواء ....الخ.

إضافة لما سبق ذكره بالنسبة لمفهوم المعوق فإننا نرى أن مفهوم المعوق في المجتمع الواحد ما يزال يلتبس بين عامة الناس وبين أخصائيي التأهيل وكذلك بين أجهزة التعداد أو الإحصاء ومؤسسات رعاية المعوقين. فالمعوق في رأي عامة الناس هو كل من به نقص جسمي ظاهر في بدنه أو عقله أو حواسه مثل حالات البتر والشلل وفقدان البصر.

وفي رأي أخصائيي التأهيل أن المعوق هو كل مصاب بعجز بدني أو عقلي مستديم غير قابل للشفاء شريطة أن يكون هذا العجز سبباً لعدم تكيفه مع المجتمع. بمعنى أن الفرد لا يكون معوقاً عندما يتم تأهيله سواء بمعرفة أجهزة التأهيل أو بمعرفة أسرته أو بأية وسيلة أخرى إذا كانت الإصابة تمنعه من الاستمرار في عمله ولم تؤثر في معنوياته وعلاقاته. أي أن المبتور أو الكفيف مثلاً لا يمكن الجزم بأنه معوق أو غير معوق لأن الحكم هنا يكون على أساس مدى تأثير الإصابة على ظروفه الخاصة.

لقد عرفت الرابطة الأمريكية للضعف العقلي المعوق بأنه الشخص الذي نظراً لإعاقته قد لا يستطيع جزئياً أو كلياً القيام بعمل. والتعوق في حد ذاته كما عرفه اتحاد الاخصائيين الاجتماعيين العرب هو حالة جسمانية أو عقلية تعيق الفرد عن العمل أو الدراسة أو القيام بواجباته المنزلية (**الأمانة العامة، 1991، ص 261**). أما منظمة العمل الدولية فتعرف المعوق بأنه الفرد الذي نقصت إمكانياته للحصول على عمل مناسب والاستقرار فيها نقصاً فعلياً نتيجة لعاهة جسمية أو عقلية (**زايد وآخرون، 1984**).

نستخلص من هذه التعريفات أن المعوقين هم الذين يعانون نقصاً جسمياً أو عقلياً أو نفسياً سواء أكان خلقياً (منذ الولادة) أو مكتسباً بسبب مرض أو حادث، أو كان الفرد منهم ناقص الذكاء بحيث ينحرف أداؤه بمعدل انحرافين معياريين عن متوسط

أداء العاديين. ويتسع مصطلح المعوق ليشمل الكفيف وضعيف البصر والأصم وضعيف السمع والمشلول ومبتور الأطراف وضعيف القدرة على الكلام والمصاب بالصرع وضعيف القلب أو مريضه والمصاب بالبول السكري ...الخ. وكلما اشتد النقص كان تأثيره في الإعاقة عن المشاركة الكاملة في الحياة الاجتماعية أوضح، وكان أثره في نفسية الفرد المعوق وفي نظرة المحيطين به أعمق وأعظم ضرراً.

جـ- محددات الإعاقة:

من هذه التعريفات أيضاً يمكننا أن نستخلص العناصر الرئيسية التي إذا توافرت أخرجت الفرد عن السواء وأدخلته في الإعاقة وهي:

1- مدى قدرة الفرد على كفالة نفسه أو تدبير شؤونه، فإذا فقد القدرة على ذلك اعتبر معوقاً.

2- نوع أو أنواع القصور التي يتعرض لها المعوق والتي إما أن تكون بدنية أو عقلية.

3- سبب القصور أهو مكتسب أم وراثي؟ فالمكتسب هو حادث أو مرض نتجت عنه إعاقة أما الوراثي فإنه يرجع لأسباب وراثية.

4- الخروج بغير إرادة عن السواء الذي أدى إلى إعاقة الأفراد عن السير سيراً طبيعياً في الحياة كغيرهم من الأسوياء.

5- سوء توافق المعوق مع ذاته من جانب ومع المحيطين به من جانب ثانٍ ومع مجتمعه من جانب ثالث.

د- أسباب الإعاقة:

تختلف الإعاقات باختلاف أنواعها، فهي لا تحدث للإنسان جُزافاً بل لها عدة أسباب تختلف عن بعضها اختلافاً كلياً وجميعها تؤدي إلى الإصابة بالإعاقات المختلفة،

مما يؤدي إلى النقص في قدرات وإمكانيات المعوقين عن ممارسة الحياة العادية مثل الأفراد الأسوياء وكذلك النقص في إمكاناتهم بالقيام ببعض الاحتياجات الخاصة واللازمة. ونذكر من هذه الأسباب تلك التي حددها زايد وآخرون (1984) بما يلي:

1- **الأسباب الوراثية**: وهي ناجمة عن انتقال الصفات الوراثية من جيل لآخر عن طريق الجينات، حيث يتعرض الجنين أثناء اللحظات الأولى في الحياة الجنينية داخل رحم الأم للإعاقة، وبخاصة عندما تكون الاسرة مصابة بنوع من الإعاقة كالإعاقة الجسدية (الصم، البكم) أو التي تظهر نتيجة لأسباب وراثية مثل الضمور العضلي والدرق وأمراق القلب والتخلف العقلي وبعض حالات الشلل. وترجع الإصابة بهذه الإعاقات التي تحدث فطرياً قبل ولادة الطفل إلى زواج الأقارب من هذه الأسر، وقد لا تظهر الإعاقة في الطفل الأول والثاني إلا نادراً.

2- **أسباب ترجع إلى فترة الحمل وعملية الولادة**: وهي تحدث أثناء فترة الحمل والولادة وليس لها جذور وراثية إنها تحدث نتيجة لإصابة الأم ببعض الأمراض.

ومن أهم الأمراض التي تتعرض لها الأم وتسبب الإعاقة للجنين، الحصبة أو الزهري أو التعرض للأشعة أو الحمى وخاصة في الثلاثة شهور الأولى للحمل وذلك لما لهذه الفترة من أثر لسرعة النمو والتكوين وقابلية الجنين للإصابة بالأمراض التي تصاب بها الأم لأنها هي المصدر الرئيسي للتكوين ولانتقال العدوى فتكون مقاومة الجنين للأمراض معدومة وبالتالي تكون قابليته للإصابة بالأمراض شديدة.

فمثلاً إذا أصيبت الأم الحامل بالأنفلونزا الحادة ولم تعالج بسرعة فقد يؤدي ذلك إلى إصابة الجنين بالصمم أو البكم أو الاثنين معاً.

3- **الأسباب المكتسبة**: وهي عبارة عن تعرض الفرد لبعض الأمراض أو الحوادث أو نتيجة لخطورة المهمة التي يزاولها مما يؤدي إلى النقص في القدرة على ممارسة السلوك

العادي في المجتمع. ومن هذه الأسباب ما يتعرض له الطفل بعد عملية الولادة من حواث وأمراض أهمها:

- الأمراض المعدية نتيجة الميكروبات والفيروسات التي تصيب العيون وتسبب كف البصر أو التي تصيب المخ وتسبب التخلف العقلي.

- الحواث التي تحدث نتيجة لظروف خارجة عن إرادة الفرد كحوادث المرور المختلفة وإصابات العمل وغيرها.

- الاختراعات العلمية التي صاحبت عهد الانفجار المعرفي والتطور الصناعي والتقني وما أفرزه ذلك من نفايات وسموم وتلوث.

- الحروب وما تسببه من عاهات تتعرض لها البشرية في العصر الحديث.

هذه الأسباب وغيرها تؤدي إلى الإعاقة ومن ثم تؤثر على الفرد المعوق وعلى حالته الصحية والجسمية والنفسية على الأخص.

هـ- تقسيمات المعوقين وتصنيفاتهم:

وضعت عدة تقسيمات للمعوقين وهي تتشابه في كثير من الدول، وعند وضع هذه التقسيمات أخذت بعين الاعتبار المقدرة على الإنتاج والظروف المساعدة. فالإعاقة تتفاوت درجاتها بين معوق وآخر وهذا ما يجعل من الصعب وضع حدود بين أنواعها. وعليه تم تقسيم المعوقين إلى مجموعات كما يلي:

المجموعة الأولى: وتضم المعوقين الذين لا يستطيعون أداء أي عمل بل يحتاجون لمرافق دائم يقوم بخدمتهم حتى في قضاء حاجاتهم الشخصية.

المجموعة الثانية: وتضم المعوقين الذين لا يستطيعون القيام بأي عمل يعيشون من ورائه ولكنهم يستطيعون القيام بخدمة أنفسهم في حدود المنزل المجهز بكل الوسائل التي تساعدهم على ذلك.

المجموعة الثالثة: وتضم المعوقين الذين قلت قدرتهم على الإنتاج جزئياً أو كلياً ولكنهم يستطيعون أداء العمل الخفيف في حدود مهنتهم السابقة أو يأملون القيام بعمل آخر أقل من عملهم الأول ويناسب إعاقتهم.

إن هذا التقسيم لا يمنع أن يتحول المعوق من مجموعة إلى أخرى حسب تقدم أو تدهور صحته. وإنه بالإضافة إلى تقدير نسبة العجز لدى المعوق يحدد الكيفية والطرق الكافية لتأهيله.

هناك تصنيف آخر، فقد صنف زايد وآخرون (1984) المعوقين إلى ما يلي:

1- المتخلفون عقلياً.

2- المصابون بإعاقة حسية ومنهم: أ- الصم، ب- البكم، جـ- المكفوفون وضعاف البصر.

3- المصابون بإعاقة جسدية ومنهم: أ- مبتورو الأطراف، ب- المشلولون، جـ- المقعدون والعاجزون عجزاً دائماً.

4- المصابون بأمراض مزمنة / نفسية أو عصابية أو ذهانية وهم الأفراد المصابون بأحد الأمراض التي لها طابع الاستمرار مما يؤثر على قدراتهم وإمكانياتهم وسلوكهم الاجتماعي.

قد تكون هذه الأمراض ظاهرة أو غير ظاهرة وقد تظهر أعراضها في فترات مختلفة عند حدوث مواقف معينة يتعرض لها المصاب نتيجة لزيادة الإجهاد أو لزيادة الانفعالات ...الخ. وسيتم التوسع فيها في كتاب مستقل مكمل لهذا المؤلف بينما سنركز هنا على الإعاقة الجسمية والحسية والعقلية.

و- مشاكل المعوقين وصعوباتهم:

هناك كثير من المشكلات التي تواجه المعوقين في حياتهم العادية، وهذه المشكلات، باختلاف حالاتها، ترتبط ارتباطاً وثيقاً بحالة الفرد المعاق، فكلما ازدادت حالة المعوق سوءاً من الناحية الجسدية كلما ازدادت المشاكل تعقيداً وخاصة من الناحية النفسية والاجتماعية له. ومن أهم هذه الصعوبات ما يلي:

1- **الإحساس الدائم بالنقص:** إن المعوق بإعاقة جسدية باختلاف أنواع الحالات، يلازمه الإحساس الدائم بالنقص مما يؤدي إلى الضعف العام والنقص في الحركة بصفة عامة وينتج عنه اختلال في الشخصية وكذلك بعض النقص في الإتزان الانفعالي والعاطفي.

2- **اللامبالاة:** تضفي الإعاقات الجسدية على المعوق بعض العادات الضارة التي قد تؤدي إلى عواقب وخيمة. فنجد أن المعوق يكتسب بعض المظاهر السلبية مثل الاستهتار بالأمور حتى الهامة منها وعدم المبالاة أو الاكتراث وعدم إعطاء الأمور قيمتها الحقيقية وبعد اكتساب هذه العادات فإنها تصبح جزءاً من شخصيته.

3- **الاتجاهات السلوكية غير السوية:** في بعض الحالات تجد المعوق يتصرف تصرفاً شاذاً عند تعامله مع الآخرين، معتقداً بأن الحالة التي هو عليها تبرر له هذه التصرفات، ويرجع هذا التصرف للشعور بالنقص ويؤدي إلى عدم التكيف الاجتماعي.

4- **صعوبة الانتقال:** وتوجد خاصة بالنسبة للأفراد الذين لديهم إعاقات في الطرف السفلي مما يجعل الحركة ضئيلة في بعض الأحيان أو قد تنعدم كما هو الحال عند المقعدين، ولذلك فهم في حاجة ماسة إلى مساعدة الآخرين مما يؤدي إلى شعورهم بالضيق والتوتر الشديد الذي يرتبط بجميع الصفات والنواحي الأخرى.

ز- احتياجات المعوقين:

يشير المليجي (1991) إلى أن المعوق هو إنسان له حاجاته التي يود إشباعها كغيره من البشر، وله حاجاته الخاصة به والتي أحدثتها ظروف الإعاقة من جانب آخر وهذه الاحتياجات تم تصنيفها على النحو التالي:

1- **احتياجات بدنية**: يجب تلبيتها له لاستعادة لياقته البدنية وهذا يتطلب توفر الأجهزة التعويضية.

2- **احتياجات إرشادية**: يتم إشباعها كي يتقبل إعاقته مما يؤدي إلى تكيفه من جانب وتنمية شخصيته من جانب آخر.

3- **احتياجات تعليمية**: يتم تحقيقها بتوفير فرص التعليم المكافئ لمن هم في سن التعليم، مع الاهتمام بتعليم الكبار وذلك عن طريق فصول خاصة.

4- **احتياجات تدريبية**: تشبع بتوفير فرص ومؤسسات التأهيل المهني لتأهيل المعوق وتدريبه على ما يناسب إمكانياته وقدراته وظروف إعاقته.

5- **احتياجات مهنية**: وتتمثل في تهيئة سبل التوجيه المهني المبكر والاستمرار فيه لحين الانتهاء من العملية التأهيلية وإصدار التشريعات في محيط تشغيل المعوقين وتوفير فرص العمل التي تناسب قدراتهم.

6- **احتياجات اجتماعية**: لتوثيق صلات المعوق بمجتمعه من جانب، وتعديل نظرة المجتمع إليه من جانب آخر، وذلك بتوفير فرص الاحتكاك والتفاعل المكافئ مع بقية المواطنين والعمل على إدماجه مع المجتمع، وأيضاً تمكين المعوق من إقامة علاقات أسرية سوية.

7- **احتياج الأبحاث والخدمات الاجتماعية**: يحتاج المعوقون إلى أبحاث اجتماعية ونفسية للتعرف على أسباب إعاقتهم والعمل على التغلب على المشكلات النفسية

والأسرية التي يتعرضون لها وتحديد الخدمات الترويحية والترفيهية التي يحتاجونها لشغل أوقات الفراغ.

ولذلك من المهم جمع الإحصائيات عن المرضى المعوقين وتعريف كافة أفراد المجتمع بأنواع الإعاقات الجسدية وأسبابها وكيفية الوقاية منها، ووضع البرامج التي تؤهل من لديهم هذه الإعاقات ليكونوا أكثر تكيفاً مع بيئتهم.

حـ- أهداف رعاية المعوقين:

يلخص ناشد (1969) أهداف رعاية المعوقين فيما يلي:

1- إيقاف تيار العجز بالاكتشاف المبكر لحالات الإعاقة ومساعدة المعوقين إلى أقصى ما تسمح به قدراتهم.

2- الاعتراف الواعي بهم كفئات إنسانية لها حقوق ولها حق الحياة الحرة الكريمة.

3- توفير فرص العلاج الطبي والنفسي وتوفير أسباب الوقاية اللازمة لهم صحياً أو عقلياً.

4- توفير الفرص التعليمية المناسبة لهم سواء في فصول أو مدارس خاصة حسب قدراتهم واستعداداتهم.

5- توفير فرص التوجيه والتأهيل المهني بما يناسب قدراتهم واستعداداتهم بجانب توفير فرص الخدمات الاجتماعية التي يحتاجونها.

6- توفير فرص العمل المناسبة لهم.

7- تنوير الرأي العام بمشكلاتهم وحثه لبذل الجهد لتقبلهم ومساعدتهم.

8- تشجيع البحوث العلمية للتغلب على المشكلات العامة والخاصة للمعوقين.

9- توفير الخدمات اللازمة من مؤسسات ومواصلات وأماكن ترويحية للأخذ بأيدي هؤلاء المعوقين، مع تهيئة أفضل الظروف لتنشئتهم تنشئة اجتماعية صالحة.

وعلى أساس المبادئ الأساسية المعلن عنها في ميثاق رعاية المعوقين الدولي وإدراكاً لتفاوت إمكانيات الدول لاتخاذ الإجراءات اللازمة في مجال الوقاية والرعاية والتأهيل للمعوقين وضع اتحاد التأهيل الدولي الأهداف التالية للعمل خلال عقد الثمانينات كأساس دليلي تسترشد به جميع الدول في مجال العمل مع المعوقين وهناك اتفاق على هذه الأهداف على الصعيد الدولي والعربي والإقليمي (رمضان، 1990، ص 212).

أولاً: الأهداف على الصعيد الدولي:

- إيجاد الظروف المواتية لتحقيق أهداف ميثاق رعاية المعوقين بواسطة توزيع الموارد في العالم على نحو أكثر عدالة، وعلى أساس إقامة نظام دولي اقتصادي جديد.

- زيادة الجهود الدولية للحد من سوء التغذية خاصة بين الأطفال بجانب تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية في جميع المجتمعات والعمل على الوقاية من الحوادث في المسكن وأماكن العمل ...الخ.

- شن حملة مركزة للإعلام العام بشأن الأسباب الجوهرية للإعاقة وتأثيرها على الأفراد وكيفية الوقاية منها.

- توسيع نشاطات الأمم المتحدة ووكالاتها في مجال الوقاية من الإعاقة والتأهيل لاسيما على الصعيد الإقليمي.

- زيادة التسويق التعاوني على النطاق الدولي للأجهزة الفنية وتوفيرها بأسعار مخفضة للمعوقين.

ثانياً: الأهداف على الصعيد العربي:

- الحد من نسبة سوء التغذية بين الأطفال والنساء ممن لم يبلغن سن اليأس.

- التوسع في برامج التطعيم والتحصين ضد أمراض الطفولة الرئيسة (شلل الأطفال – السل – الدفتريا – الحصبة – السعال الديكي).

- تضمين البرامج القومية كل ما يتعلق بالصحة والتعليم والمحافظة على البيئة كإجراءات للوقاية من الإعاقة.

- العمل على تشجيع تكوين منظمات للمعوقين.

- العمل على توفير الأجهزة الفنية والأطراف الصناعية وكل ما يستعان به في الاعتماد على النفس بها في ذلك النص على إعفاء هذه الأجهزة من الضرائب والرسوم الجمركية.

ثالثاً: الأهداف على الصعيد المحلي أو الإقليمي:

- تركيز جهود التأهيل على الصعيد الاجتماعي، وهذا الهدف يتضمن تقديم خدمات التأهيل على المستوى الاجتماعي في كل من المناطق الحضرية والريفية.

- العمل على إدماج الأشخاص المعوقين في المجتمع.

- إنشاء مراكز أو أجهزة للتشخيص المبكر للأطفال والكبار المصابين بالإعاقة داخل المجتمع.

- تقديم الخدمات التأهيلية تبعاً للوضع الاقتصادي والاجتماعي والثقافي للشخص المعوق.

- التوسع في مجال تدريب العاملين على المستوى الاجتماعي لتمكينهم من اكتشاف حالات الإعاقة ومساعدة الأفراد المعوقين.

ط- حقوق المعوقين:

للمعوقين نفس الحقوق المدنية والسياسية مثل غيرهم من غير المعوقين ومن أهم هذه الحقوق تلك التي ذكرت بعضها مخلوف (1991) ومنها ما يلي:

- للمعوق حق أساسي في أن تحترم كرامته الإنسانية مهما كان نوع الإعاقة أو طبيعتها مثله مثل غيره من المواطنين.

- للمعوق الحق في العلاج الطبي والنفسي والوظيفي وفي إعادة التأهيل الطبي والاجتماعي وفي التعليم والتدريب.

- للمعوق الحق في الأمن الاقتصادي والاجتماعي وفي مستوى معيشي لائق وفقاً لإمكاناته وله الحق في الحصول على عمل والمحافظة عليه.

- للمعوق الحق في أن يعيش بين أسرته أو في مأوى يعوضه، وله الحق في كل نشاط اجتماعي سواء كان إنتاجياً أم ترفيهياً.

- يجب أن يحمي المعوق من كل استغلال أو إجراء أو معاملة غير مرضية فيها تجاوز وحط من كرامته. كما يجب أن يتمتع الشخص المعوق بمساعدات قانونية مناسبة.

ي- الوقاية من الإعاقة:

ربما تساعد الإجراءات التالية في الحد من الإعاقات وهي:

1- العناية بمرحلة الطفولة المبكرة التي تبدأ منذ الولادة لأنها مرحلة خصبة لانتشار الأمراض وسرعة الإصابة بها، ويرجع ذلك لأن جسم الطفل عاجز عن مقاومة الأمراض في هذه المرحلة.

2- عند ظهور أعراض غير طبيعية على الفرد كعدم استطاعته تحريك أحد أطرافه لابد من الفحص عن طريق الطبيب المختص لأن ذلك قد يرجع لإصابته بأحد الأمراض.

3- يجب على الأم إبلاغ الأب بما يطرأ على الطفل من تغيرات في نظام التغذية أو الإخراج وذلك لاتخاذ الإجراءات اللازمة.

4- عدم اللجوء إلى استعمال الوصفات الشعبية البلدية لأننا نجد كثيراً من حالات الإعاقة سببها الأساسي يرجع إلى الإهمال أو استخدام الوصفات البلدية.

5- الإسراع في عرض المريض على الطبيب حتى لا تحدث مضاعفات يصعب علاجها.

6- لابد من الانتظام في العلاج الذي يوصف للمريض في حالة المرض حسب إرشادات الطبيب بجانب إتباع الإرشادات والتعليمات الطبية التي يحددها الطبيب.

7- يجب على الأم باعتبارها الوحدة الأساسية التي ينتمي لها الطفل ملاحظة أي تغير يطرأ على الطفل وعرضه على الطبيب ومتابعة علاجه.

نستخلص مما تقدم أن الإعاقة مصطلح يطلق على من تعوقه قدراته الخاصة عن النمو السوي، إلا بمساعدة خاصة. وفي هذا الجزء من الكتاب سنركز عملنا حول ثلاثة أوجه للإعاقة:

أولها: الإعاقات الجسمية: التي تصيب الهيكل العام للجسم وتعوقه حركياً وسندرس منها ثلاثة أمثلة هي:

أ- المشلولون

ب- المقعدون

جـ- مبتورو الأطراف

ثانيها: الإعاقات الحسية: سنركز الاهتمام على الإعاقات السمعية والبصرية وعلى وجه التحديد سوف نولي اهتماماً كبيراً لمسألة عيوب النطق والكلام لما لهذا الموضوع من أهمية كبيرة في ميدان التربية الخاصة.

ثالثها: الإعاقات العقلية: سوف ندرس على وجه التحديد مسألة التخلف العقلي من جميع جوانبها وفق أحدث النظريات النفسية والطبية في تصنيف المعوقين عقلياً وكيفية تأهيلهم ورعايتهم.

* * *



الفصل الأول

الإعاقة الجسمية

الفصل الأول
الإعاقة الجسمية

تكمن الأهمية الحقيقية للإنسان في دوره الفعال في المجتمع الذي يعيش فيه لأنه الثروة الحقيقية للوطن وهو الأداة والغاية في الوقت نفسه للتقدم والنهوض بمجتمعه. ولذلك فإن فقد هذا العنصر يشكل خسارة فادحة بالنسبة لوطنه، كما أن أي خلل في جسم هذا الإنسان يعتبر مشكلة خطيرة له وللمجتمع الذي يعمل به لأن أي توقف في أي عضو من أعضاء جسمه يجعله إنساناً معوقاً وعاجزاً عن العمل مما يجعل عطاءه يقل عما كان عليه في السابق.

إن الإعاقة الجسمية هي ما يتصل بالعجز في وظيفة الأعضاء الداخلية للجسم سواء كانت أعضاء متصلة بالحركة (Motor) كالأطراف أو المفاصل أو أعضاء متصلة بعملية الحياة البيولوجية كالقلب والرئتين والكليتين ... الخ **(المليجي، 1991).**

ولكن يجب الإشارة إلى أن المقصود بالإعاقة الجسمية ليست حالات الأمراض العارضة أو حتى المزمنة، التي لا يترتب عليها عجز حقيقي في قدرة الإنسان الطبيعية على أداء دوره الاجتماعي، ولكن يقصد بها الإصابة الجسدية التي لها صفة الدوام والتي تؤثر تأثيراً حيوياً على ممارسة الفرد لحياته الطبيعية سواء أكان تأثيراً تاماً أو نسبياً.

وبناءً على ذلك يشمل المعوقون بإعاقات جسمية كل من لديهم عجز في الجهاز الحركي أو البدني من الكسور والبتر، ولذلك سنركز في هذه الدراسة على الإعاقة الجسمية بشقيها الحركي والبيولوجي من خلال هذا المفهوم لتكوين النماذج المختارة

فهـي نـماذج مـستقلة تتفـق وأهـدافها (عـثمان، 1981، ص 84). أمـا الأمـراض السيكوسوماتية فقد أفردنا لها كتاباً خاصاً بعنوان المرضى السيكوسوماتيون.

وبناءً على ذلك فإن المعوقين بإعاقات جسدية هم الأفراد الذين لحقت بهم الإعاقة بأحد الأطراف أو أكثر وقد خلق ذلك نوعاً من النقص الدائم والكامل لطرف لـديهم أو لجزء منه. أو شللاً لطرف أو أكثر، سواء حدثت هذه الإعاقـة نتيجـة إصـابة أثنـاء الحمل أو عند الولادة أو نتيجة تعرض لحادث فيما بعد. والإعاقة الجسدية قـد تـؤدي بطبيعة الحال إلى عدم تمكن الفرد المعوق من ممارسة السلوك العادي.

أ- تصنيفات المعوقين جسدياً :

للإعاقة الجسدية عدة حالات من أهمها:

1- مبتورو الطرف العلوي.

2- مبتورو الطرف السفلي.

3- مبتورو الطرف العلوي والسفلي.

4- مبتورو الطرفين العلويين.

5- مبتورو الطرفين السفليين (المقعدون).

6- المشلولون.

ولكننا هنا في هذا الكتاب سندمج الحالات 1، 2، 3، 4 معاً ونطلـق علـيهم اسـم مبتوري الأطراف، بينما سنطلق اسم المقعدين فقط على مبتوري الطرفين الـسفليين أو الذين لا يمكنهم استخدامهما إن وجدا، وسوف نتحدث عن المشلولين كفئـة مـستقلة تشمل جميع حالات الشلل. وهكذا سوف يكون تصنيفنا للمعوقين جسدياً كما يلي:

1- مبتورو الأطراف.

2- المقعدون.

3- المشلولون.

وسنضرب مثالاً أو أكثر على كل صنف من هذه الأصناف.

ب- آثار الإعاقة الجسدية:

نظراً لتعدد فئات المعوقين بإعاقات جسدية واختلاف كل حالة عن الأخرى فإننا نرى أن مدى تأثير أو شدة حالة الإعاقة التي يتواجد عليها الفرد المعوق يؤدي إلى زيادة النقص في مقدرة المعوق جسدياً في جميع الحالات وقد تصل إلى انعدام مقدرته نهائياً على الحركة أو القيام بالاحتياجات الخاصة له.

وبالرغم من تعدد المشكلات والصعوبات التي تقابل المعوقين بإعاقات جسدية في حياتهم العادية، فإننا نجد أن المشكلات قد تكون مشتركة بينهم على الرغم من اختلاف الحالات. إلا أن حجم المشكلة يرتبط بحالة الفرد المعاق، فكلما ازدادت حالة المعوق جسدياً سوءاً ازدادت المشكلات تعقيداً، وخاصة من الناحية النفسية والاجتماعية للمعوق. ومن هذه الآثار الإحساس الدائم بالنقص واللامبالاة والاتجاهات السلوكية غير السوية وصعوبة الانتقال التي سبقت الإشارة إليها في مقدمة هذا الكتاب.

جـ- الحاجة لرعاية المعوقين جسدياً:

نتيجة لهذه التأثيرات على حياة المعوقين النفسية والاجتماعية ولما يحتاجه هؤلاء من رعاية واهتمام وتلبية حاجاتهم المختلفة، وانطلاقاً من أهمية الحفاظ عليهم وتربيتهم تربية سليمة وخلق عناصر فعالة منهم، نشأت في معظم المجتمعات مؤسسات اجتماعية

رسمية وشبه رسمية أو خاصة لرعايتهم. وتتفق أهدف معظم هذه المؤسسات مع الأهداف العالمية والإقليمية والوطنية لرعاية المعوقين من جهة وتأخذ بالحسبان ظروف المعوقين جسدياً من جهة أخرى وهي تضم ما يلي:

- مساعدة المعوقين على التكيف النفسي والاجتماعي في مجتمعهم.

- تشجيع المتخصصين للعمل معهم في إجراء البحوث والدراسات بهدف تحسين وضعهم وحل مشكلاتهم.

- تقديم كافة الخدمات الصحية والتعليمية والمهنية والاجتماعية لهم بما يتناسب وكل حالة.

- العمل على الاتصال بالمنظمات والمؤسسات المتخصصة في كافة البلدان للوقوف على كل جديد ومستحدث في هذا المجال.

- إيجاد العمل المناسب لهم بما يتفق ودرجة الإعاقة حتى لا يكونوا عبئاً على أنفسهم وأسرهم وعلى المجتمع.

د- الخدمات التي ينبغي تقديمها للمعوقين جسدياً:

بالنسبة للخدمات التي تقدمها مؤسسات رعاية المعوقين بإعاقات جسدية فإنه يمكن القول بأنها تقوم بتقديم كافة الخدمات الممكنة والضرورية لجميع حالات الإعاقة بما تحتاجه الحالة الموجودة على النحو التالي (نور، **1971**، ص **85**):

1- **الخدمات الطبية**: ومهمتها تقديم الخدمات الصحية من حيث الكشف على الصحة العامة لجميع الأفراد وتقديم الخدمات للعلاج الطبيعي للأفراد المشلولين وبصفة خاصة صغار السن منهم وذلك لمحاولة تحريك العضو المصاب بالشلل والتدريب للطرف المشلول على الحركة عن طريق الأفراد المتخصصين، وكذلك توفير

كافة الأجهزة اللازمة للعلاج الطبيعي، وصرف الأطراف الصناعية لمبتوري الأطراف عندما تدعو الضرورة توفير الدَّرَّاجات الخاصة بالمقعدين.

2- **الخدمات التعليمية والمهنية:** تقوم معاهد شلل الأطفال بتقديم الخدمات التعليمية والمهنية للأطفال وتهتم برعاية المصابين بشلل الأطراف السفلي والعاجزين عن القيام بشؤون أنفسهم وإتاحة الفرصة للمقعدين بإيجاد العمل الذي يتناسب مع نوع الإعاقة.

3- **الخدمات الاجتماعية:** وتتضمن عمل الأبحاث الفردية للتعرف على أسباب كل حالة والعمل على حل المشكلات التي تعرض لها المعوقون جسدياً.

4- **الخدمات الترويحية والترفيهية:** وتتضمن وضع برامج للرحلات والحفلات لشغل أوقات الفراغ بما يعود على المعوقين بالمرح والسرور.

5- **الخدمات الرياضية:** إن حالات الإعاقة الجسدية التي قد يتواجد عليها الأفراد كثيرة وقد تختلف من حالة إلى حالة أخرى اختلافاً كلياً وخاصة في مجال النشاط الرياضي الذي يمكن لكل منهم ممارسته. ويمكن إدخال تعديل في القوانين والمعدات والأجهزة حتى يتناسب نوع النشاط مع الحالة التي يتواجد عليها الأفراد.

هـ- فئات المعوقين جسدياً:

أولاً: مبتورو الأطراف:

لقد تعددت الدراسات والأبحاث العلمية التي تناولت الأفراد الأسوياء في جميع المجالات إلا أنها أهملت فئة من المواطنين غير الأسوياء، فقدوا جزءاً من أطرافهم، الأمر الذي جعلهم يعيشون بأطراف صناعية أو عجلات متحركة فهم بلا شك لديهم حقوق علينا جميعاً ولابد من أن نوفّيهم حقهم بمختلف الوسائل وشتى الطرق.

وهذه الفئة هي فئة المعوقين من مبتوري الأطراف الذين شاء لهم القدر أن يعيشوا تحت ظروف خاصة جعلتهم يواجهون العديد من المشكلات والصعوبات بسبب النقص الذي نشأ عن البتر في إمكاناتهم وقدراتهم والذي أثر عليهم وجعلهم لا يمارسون حياتهم الطبيعية كالأفراد الأسوياء. ولهذا السبب سنوضح فيما يلي معنى البتر وأسبابه وانتشاره وآثاره ورعاية مبتوري الأطراف.

أ- البتر:

يعرف البتر طبياً بأنه فصل أحد الطرفين السفليين أو العلويين بشكل جزئي أو كامل عن الجسم وذلك كنوع من العلاج أو لتخليص الجسم من عاهة (**عبدالجبار، 1990**)، ويعرف أيضاً بأنه حالة من العجز يفقد الفرد فيها أحد أطرافه أو بعضها أو كلها بالجراحة أو الحوادث أوخلقياً كما في حالة التكوين الجسمي الناقص.

كما أن الإعاقة ترتبط بالتقدم الحضاري واستخدام الماكنة والآلة وما شابه ذلك وترتبط بحالات الحرب وأساليب الدمار التي تعيشها المجتمعات في الوقت الحاضر. ويعرف المقعد بأنه الفرد الذي فقد بالكامل الطرفين السفليين أو أحدهما مع جزء من الآخر أو جزء من كل منهما (**عبدالجبار، 1990**).

ب- أسباب البتر:

تنقسم إلى ثلاث فئات هي:

1- الحوادث والإصابات المختلفة: عندما يتعرض الفرد لظروف كهذه فإنه يفقد فيها بعض أجزاء جسده مثل حوادث المرور الناتجة عن إهمال قواعد السلامة أو انفجار الألغام والمتفجرات أو حوادث العمل بسبب الآلات والعمل في المصانع.

2- الإصابات المرضية: وهي التي تنتهي لفساد العضو الذي بدون إجراء بتره

يعرض الفرد للخطر كتسوس العظام أو الغرغرينا أو الإصابة بالسرطان أو الدرن العظمي. كما أن حالات الجذام قد تنتهي بفقد الأصابع باليدين أو الرجلين وهي ما تعرف (بظاهرة الامتصاص) حيث تتآكل الأصابع نتيجة المرض. ولقد ساعدت الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية مبتوري الأطراف على استعادة الجانب الأكبر من اللياقة البدنية والنشاط الحركي للمعوق عندما يتم تدريبه على طرق استعمالها.

3- **بعض الإصابات نتيجة لعوامل خلقية وولادية:** ويتضمن ذلك التكوين الجيني أو تناول الأم للعقاقير والأدوية الطبية أو تعرضها لهزات نفسية عنيفة...الخ وبخاصة أثناء الحمل أو الولادة.

جـ- انتشار البتر وتأثيره:

إن البتر يزداد عند الشباب أكثر من الأطفال والراشدين، وبين الأميين ومتدني الثقافة أكثر من المتعلمين، وبين العاطلين عن العمل أكثر من العاملين، وبين الشباب الجاهلين في المصانع أو الذين لا يدركون خطورة الآلة وضرورة الانتباه والحذر وعدم السرحان أثناء تشغيل الآلة أكثر من العمال العارفين بعملهم والمنتبهين له والمهتمين به.

ولهذا فإنه يجب علينا أن نبذل الجهود والإمكانات كافة بما في ذلك المساعدات النقدية والعينية التي تساعدهم على تسيير حياتهم بالإضافة إلى رفع روحهم المعنوية سواء من قبل الأسرة أو المجتمع الذي يعيشون فيه. فمن واجب الأسرة رعاية ابنها المعوق ومساعدته على أداء أدواره وتدبير شؤون حياته اليومية والعملية والعلمية بدون جرح شعوره أو الاستهزاء به.

ومن ناحية المجتمع فإنه من واجب دولته أن توفر له جميع المستلزمات اللازمة من كراسي متحركة ومساند للتحرك بشكل عام وكذلك من الأطراف الصناعية بشكل خاص. فالشخص الذي فقد يده أو قدمه بحاجة إلى طرف بديل يساعده على المشي

والتحرك ولذلك فمن واجب الدولة توفير الأطراف الصناعية اللازمة لهؤلاء الأفراد بحيث يستطيعون القيام بأداء واجباتهم نحو أنفسهم ونحو مجتمعم الذي يعيشون فيه.

إضافة لذلك إن أعضاء هذه الفئة يجب الاهتمام بهم ورعايتهم وخاصة الأطفال الذين يفقدون أحد أعضائهم، فالطفل إذا فقد يده أو قدمه أو فقد الاثنين معاً فإن هذا الفقد يؤثر على نفسيته وبالتالي على صحته الجسمية ويصبح طفلاً معوقاً منطوياً على نفسه بالإضافة إلى أنه قد يصبح كئيباً حزيناً.

ولهذا يجب على الآباء والأمهات الاهتمام بأطفالهم ورعايتهم الرعاية الصحية الخاصة وعدم تركهم يلعبون في الأماكن الخطيرة لأن الأطفال بحاجة لمزيد من الاهتمام من قبل الأسرة والمجتمع، فهم جيل المستقبل وأمل الغد المشرق، وإنه يجب علينا رعاية هذه الزهور حتى تكبر وتتفتح لتصبح قادرة على القيام بمهامها وواجباتها نحو نفسها ونحو المجتمع.

د- رعاية مبتوري الأطراف وتأهيلهم:

وتتم هذه الرعاية من خلال القيام بما يلي (عثمان، 1981):

1- إنشاء مراكز لرعاية المعوقين جسدياً ومنهم المشلولون ومبتورو الأطراف والمقعدون وخاصة الذين لا يجدون من يرعاهم ويتولى شؤون خدماتهم.

2- توفير الأجهزة والمعدات والأطراف الصناعية والكراسي المتحركة وغيرها لمبتوري الأطراف بحيث تساعدهم على الحركة.

3- فتح مدارس خاصة أو فصول خاصة للمعوقين بإعاقات جسدية تقوم بتعليمهم إذا كان من المتعذر تعليمهم مع الأسوياء وذلك من منطلق أن لهم حقاً في ذلك ومن حيث المساواة بينهم وبين الأسوياء. إن المعوقين عموماً ومبتوري الأطراف خصوصاً لهم الحق في التعليم مثلهم مثل الأسوياء إلا في الحالات الشديدة

الإعاقة والتي لا تسمح لهم بمواصلة الدراسة مثل حالات البتر المرافقة للتخلف العقلي الشديد.

4- إصدار قوانين للمعوقين تبين فيها حقوق المعوقين وواجباتهم في المجتمع وواجب المجتمع تجاههم.

5- اتخاذ إجراءات وقائية فعالة ضد العجز والعوامل المؤدية له.

6- التشجيع على استخدام الطرق والوسائل التكنولوجية الفعالة للوقاية من العجز، وإعادة تأهيل المعوقين على نطاق الخدمات الصحية وعلى جميع المستويات والأصعدة.

7- ضرورة تنسيق جهود الجهات المعنية برعاية المعوقين لرفع وعي المواطن حول الوقاية من عوامل الإصابة ورفع الوعي الصحي لديه.

8- العناية بالأم الحامل بتطعيمها ووقايتها من الإصابة بالأمراض.

9- مساعدة المعوقين على الزواج وخاصة إذا كانوا خالين من الأمراض العقلية والعاهات شديدة التأثير.

10- تدريب المعوقين على ممارسة الألعاب الرياضية المناسبة لهم مثل ألعاب القوى والرمي ودفع الكرة ورمي القرص والرمح والوثب بأنواعه والجمباز والحركات الأرضية السهلة والسباحة وألعاب المضرب وكرة الطاولة والدراجات وإعطاء تمرينات الذراع والرِّجل وممارسة الألعاب الجماعية مثل كرة اليد من الجلوس أو من التحريك باستخدام الأجهزة التعويضية وغيرها.

11- إعادة زرع الأطراف سواء كانت أطرافاً صناعية أو لا وإعادة زرع الأصابع المبتورة بنقل إصبع من القدم.

ثانياً: المقعدون:

أصبح الاهتمام بالمعوقين في تزايد مستمر، إذ لم تعد العناية بهم مجرد عطف ورعاية

بل أصبحت قضية تخص جزءاً من أبناء المجتمع الذي لابد أن ينال قسطاً وافراً من الدراسة والبحث.

وقد نشأ الاهتمام بهم من ضرورة توفير كل سبل التكيف الاجتماعي والنفسي والاقتصادي لهم ليقوموا على مساعدة أنفسهم من جهة وعدم الاتكال على غيرهم في تلبية احتياجاتهم الشخصية من مأكل وملبس وغير ذلك، وليكونوا عناصر منتجة وفعالة في المجتمع، انطلاقاً من أن الإنسان دائماً في سعي لمعرفة معنى لحياته ومعنى لوجوده وقد يكون هذا المعنى في صورة هدف يسعى إليه. فالفرد لن يشعر بمعنى لحياته إن لم يكن قادراً على تحقيق أهدافه من خلال ما يقدمه من عمل مفيد له ولمجتمعه.

ومن هذا المنطلق تبوأت قضية المعوقين عامة والمقعدين خاصة مكانة هامة بين القضايا الجديدة فجند لها المجتمع قواه لاستثمار قدرات هذه الفئة من أبنائه وذلك للمشاركة الإيجابية والفعالة في تقدم المجتمع. ومن هنا فإنه ينبغي على العاملين في المجال التربوي والاجتماعي وعلينا جميعاً بذل المزيد من الجهد والعمل لتوفير مناخات تربوية نفسية سليمة لهم.

وترجع أهمية دراسة المقعدين إلى ضرورة معرفة أوضاع فئة من أبناء المجتمع الذين هم بحاجة إلى نوع من التربية الخاصة والرعاية التي تضمن لهم مستوى من الصحة النفسية التي تجعلهم أكثر تكيفاً مع مجتمعاتهم، وتجعلهم عناصر منتجة كل حسب قدراته وحسب ما يتمتع به من قدرات وتجعله يحس بوجوده ويقدر على العطاء شأنه في ذلك شأن أي إنسان آخر.

وبالإضافة إلى ذلك فإن المقعد عندما يتغلب على مشكلاته بشكل إيجابي ويقوم بعمل منتج، فإن إخلاصه وإنهماكه في عمله يشغله عن مشكلته والتفكير فيها ويضمن له الاستمرار في الإنتاج والاستمرار في رفع مستوى تكيفه في علاقاته مع الآخرين.

أ- تعريف المقعد:

سنقتصر في تعريفنا للمقعدين على بعض التعريفات الأكثر وروداً في الدراسات والأبحاث. فمنهم من عرّف المقعد بأنه الشخص الذي لديه سبب يعوق حركته. لقد كان يطلق عليه قديماً لفظ (الكسيح) ولكن المفهوم تغير ليطلق لفظ المقعد على تلك الحالات التي تعجز فيها العضلات أو العظام أو المفاصل عن القيام بوظيفتها الطبيعية نتيجة لشلل الأطفال أو سل العظام أو أنواع الشلل المختلفة. ويتفق بعض العلماء على أن المقعد هو الفرد الذي يعوق حركته ونشاطه الحيوي فقدان أو خلل أو عاهة أو مرض أو إصابة يحد من وظيفته العادية، وبالتالي تؤثر على تعليمه وحالته النفسية، في حين نظر بعضهم إلى الطفل المقعد بأنه ذلك الفرد الذي لم يبلغ 21 عاماً ولديه عائق خلقي أو مكتسب عن طريق المرض أو الإصابة أو الجروح بحيث يصبح غير قادر على استخدام جسمه أو عضلاته بطريقة عادية على أن تستبعد حالات الإعاقة الحسية أو العقلية.

ويمكن أن نستخلص من هذه التعريفات ان المقعد هو شخص أصابه خلل في جهازه الحركي بسبب مرض أو أصاب أمه قبل ولادته مما أدى إلى ولادته ولديه تشوه خلقي أدى إلى إقعاده عن القيام بأعماله الحركية كأي فرد عادي أو تعرض لحادث خلال حياته (عثمان، 1981).

والطفل المقعد عادة ما يتوقع من غيره من الأطفال والمحيطين به العناية به مما يؤدي إلى شعوره بأنه يختلف عنهم. وقد يبدو من القسوة أن نعتبره مسؤولاً عن الوصول إلى مستوى أقرانه ومشاركتهم فيما يملك. ولكن رغماً عن ذلك فإن من صالحه أن نعزز مثل هذا الاتجاه. كما أنه إذا أرغم إخوته على التضحية من أجله بصفة مستمرة فغالباً ما يتولد لديهم شعور بالاستياء منه مدى الحياة، وبالتالي فإذا جاء الوقت الذي يحتاج فيه إليهم للعناية به فإن قيامهم بذلك لا يكون دائماً عن طيب خاطر، ولذلك سوف يكون أفضل إذا شبوا وهم يحبونه كواحد منهم (عبدالجبار، 1990).

ب- مدى انتشار مشكلة القعاد:

تتفاوت نسبة المعوقين بالقعاد في كل مجتمع، ويتوقف ذلك على مقدار تعرض الناس في ذلك المجتمع لمجموعة من العوامل التي تسبب القعاد. وتقدر بعض الدراسات نسبة المقعدين في أي مجتمع بأنها 3٪ وتذهب دراسات أخرى لأبعد من ذلك وتبرز هذه النسبة عالية حيث تصل إلى 9٪.

إن القعاد ينتشر في جميع الأعمار وينتشر في المدن أكثر من الريف ولدى الذكور أكثر من الإناث وبين الأميين أكثر من المتعلمين، وينتشر بين الذكور العازبين أكثر من المتزوجين وبين المطلقين والأرامل أكثر من المتزوجين وبين من لم تأخذ أمهاتهم اللقاحات والتطعيمات اللازمة قبل الحمل وأثناءه. ويلاحظ أنه كلما زادت الرعاية الصحية والنفسية في المجتمع قلت حالات القعاد (عبدالجبار، **1990**).

ج- أسباب القعاد والعوامل المهمة فيه:

ينتج القعاد عن أسباب مختلفة في شدتها تبعاً لحدة ونوع الأمراض التي تسببه. وفيما يلي نبين أهم العوامل المساهمة في القعاد وحالاته (عثمان، **1981**):

1- الاضطرابات التكوينية: وتؤدي هذه الاضطرابات إلى توقف نمو الأطراف والتأثير على وظائفها وقدراتها على الأداء. ولعل أكثر حوادث هذا النوع تحدث أثناء نمو الجنين داخل رحم الأم، إما بسبب التشوهات التي ينقلها جيل للجيل الذي يليه كالحالات العصبية التي قد تعجز صاحبها عن التحكم في التبول أو التبرز أو الحركة فيبقى طريح الفراش أو بسبب تعاطي الأم لبعض العقاقير مثل التاليدومايد وهو أحد المنشطات ذات الأعراض الجانبية، وخاصة إذا تناولته الأم الحامل في الأشهر الأولى للحمل والتي تنمو فيها أطراف الجنين مما يؤدي إلى عدم نموها وتبقى مجرد براعم طرفية صغيرة (القذافي، **1991**).

2- إصابة أعصاب المخ: وهو أخطر اضطراب عصبي يحدث بسبب الأمراض التي تصيب بعض مناطق المخ وغالباً ما يترافق مع تخلف عقلي، علماً بأن معظم المصابين به يستطيعون الاعتماد على أنفسهم ويتمتعون بذكاء عادي. ويسمى هذا المرض أحياناً بشلل أعصاب المخ وهو عبارة عن خلل في الوظيفة الحركية للجسم، يرجع إلى الإصابة بالمخ أثناء الولادة أو بعدها. وقد يحدث هذا النوع خللاً في وظيفة اللسان أو أعصاب الصوت أو أي عضو من الأعصاب التي تحدث الكلام وكذلك عضلات الحركة. وقد يظن البعض أن هؤلاء المصابين من ضعاف العقول حيث أنهم غير قادرين على ضبط حركات الجسم أو التحكم في بعض العضلات التي تؤدي وظيفة معينة.

إلا أنهم ليسوا بالضرورة من ضعاف العقول علماً أن أكثر الناس عرضة للإصابة به هم الذين تعرضوا للإصابة بآفات المخ ومبكرو الولادة الذين يعانون من نقص الأوكسجين، والمعرضون لإصابات الولادة المتعسرة واختلاف العامل الريسي (R.H) بين الوالدين وعدم نشاط بعض الصفات الوراثية بين الوالدين. كما أنه قد يعود إلى الاختناق الذي تعرض له الطفل قبل الولادة أو أثناءها حيث تتعطل عملية تبادل الهواء بين الطفل وأمه مما يؤدي إلى نقص الأكسجين وزيادة ثاني أوكسيد الكربون.

3- الإصابة أثناء عملية الوضع: تحدث كثير من الإصابات في الجنين أثناء عمليات الولادة العسرة. وقد تلد الأمهات أطفالاً مشوهين نتيجة لتعسر الوضع، أو لعدم توفر الإمكانات لإجراء العمليات، أو لجهل المولدة.

وقد تحدث نتيجة لذلك إصابة الجنين في عضلات القفص الصدري أو الذراع أو الرجل أو الساق وعادة ما تؤثر الإصابة في نمو العضو المصاب.

4- الحالات المتصلة بالقلب ووظائفه: يعتبر القلب من أهم أعضاء الجسم ولكن باعتباره عضو غير مرئي فإن إصابته ينتج عنها خلل في وظيفته كعضو أساسي للجسم.

وتعتبر حالات مرض القلب في بعض الأحيان في حكم القعاد الكامل لأنها تحتاج إلى عون كبير في عمليات الانتقال وقضاء الحاجات، ولذلك يعتبر مرض القلب عامة في حاجة لرعاية اجتماعية وصحية خاصة حرصاً على عدم تطور الحالة وتدهور حالة المريض وانتهائها.

5- **العدوى والإصابة:** يتمثل هذا النوع في السببين الرئيسيين وهما شلل الأطفال كمرض يصيب الجسم عن طريق العدوى أو شلل العظام الناتج عن الإصابة بميكروب المرض وينتج عنه اعوجاج في العظام وبالتالي تعطيل شامل لها. وفي هذه الحالات يلاحظ أن التشخيص المبكر والإسراع بالعلاج يأتي بنتائج مشجعة والتأخير في ذلك يعرض المريض للقعاد الناتج عن المرض.

6- **الحوادث:** وأهمها حوادث المرور والحريق والإصابة أثناء اللعب والعمل.

7- **الأورام والأمراض الخبيثة:** وهذه تنتج عن خلل في الوظيفة لعضو ما بسبب الإصابة أو قد تظهر على هيئة أورام خبيثة سرطانية، أو تكون ناتجة عن خلل في نمو العظام أو الاضطرابات الناشئة في الجسم بسبب التغيرات الكيميائية إلى غير ذلك من الأسباب التي لم تعرف بعد.

د- الآثار النفسية المترتبة على القعاد:

يترتب على القعاد كثير من الآثار النفسية التي سبقت الإشارة إلى بعضها ضمن المشكلات التي يواجهها المعوقون بصفة عامة ومنها اللامبالاة والإحساس الدائم بالنقص. فالمقعد يلازمه الإحساس الدائم بالنقص مما يؤدي إلى ضعفه العام والنقص في حركته. وينتج عن ذلك اختلال في شخصيته المميزة له وكذلك نقص في الاتزان الانفعالي والعاطفي مما يجعله مختلفاً عن بقية أفراد المجموعة وبعيداً عن الحياة الاجتماعية.

ومن الآثار أيضاً ما يلي:

- قلة الميل إلى النشاطات الحركية وكراهيته للعالم الخارجي.

- وقد تؤدي الحالات المزمنة أحياناً إلى فشل الشخص في تحقيق التوافق الاجتماعي.

- احتمال إصابة الشخص المقعد بالهواجس والمشاعر العدوانية تجاه الآخرين والمعاناة من بعض المظاهر العصابية أحياناً (**شكسبير، 1975**).

وسنضرب فيما يلي مثالاً على القعاد وهو الكساح من حيث تعريفه وأسبابه ومضاعفاته.

الكساح:

يعد الكساح أحد أهم الأمراض التي تسبب القعاد الذي تظهر أعراضه على العظام فتبدو هزيلة هشة ومقوسة أحياناً (عظام الساقين - الحوض - العمود الفقري - القفص الصدري) وتعطل الجهاز الحركي عن وظيفته فيتأخر الطفل في مشيه ووقوفه ويكون نموه بطيئاً وضعيفاً فيبدو صغيراً عن عمره وأقصر من الطول الطبيعي وأخف من الوزن الاعتيادي.

وتبدو على الطفل المصاب بعض الأعراض العامة مثل: ضيق المزاج، العرق الغزير في منطقة الرأس، سقوط الشعر من الرأس إلى جانب انتفاخ البطن وبروز الجبهة وتقوس الساقين وضعف العضلات وضخامة الرأس وعظام الجمجمة (أبو رأسين). ومن الأعراض أيضاً تأخر ظهور أسنان الحليب إلى ما بعد السنة علماً أنه من الطبيعي أن تظهر الأسنان في حوالي ستة أشهر، وذلك فضلاً عن فقر الدم وتضخم الطحال واضطراب الجهاز التنفسي.

وينتج هذا المرض عن اضطراب في مركبات الفوسفور والكالسيوم ويصيب الأطفال في فترة النمو السريع وخاصة ما بين 16شهراً و24 شهراً وتخف نسبة المرض كلما تقدم الطفل في العمر.

والكساح أو لين العظام مرض يشمل الجسم النامي بأكمله وينشأ نتيجة خلل وظيفي في ميزان الكالسيوم والفوسفور في الجسم ويصيب الإنسان في بداية مراحل حياته على وجه الخصوص ويمكن أن يترك آثاراً تظل طيلة سنوات العمر إذا لم يعالج مبكراً علاجاً دقيقاً.

ومن الأسباب الرئيسية للكساح سوء التغذية إذ يصيب الطفل في سن مبكرة ويؤثر على العظام والعضلات وأحياناً على الجهاز العصبي. كما يسببه نقص فيتامين (د).

ويكثر مرض الكساح في فصل الشتاء والخريف والربيع ويؤدي هذا المرض إلى عدم قدرة الفرد على مقاومة الصعوبات، أي عدم القدرة على ممارسة جميع الأعمال والتغلب على المشاكل التي يواجهها في حياته.

وبالنسبة لمضاعفاته فإنه على الرغم من كون المرض بسيطاً وتسهل الوقاية منه لكنه إذا أهمل علاج هذا المرض ولم تتبع طرق الوقاية منه وتركنا المصابين به على حالتهم دون تدبير أو عناية فإنه يترتب عليه عدد من النتائج السلبية مثل نشوء جيل ضعيف ومستقبل فاشل ومجتمع هزيل لأن الطفل المصاب بمرض الكساح ينشأ نشأة هزيلة ضعيفة أقرب إلى العجز. والمرضى بالكساح لديهم قابلية للإصابة بالتهابات الرئة والنزلات المعوية بنسبة عالية. والبنت المصابة بالكساح تصبح امرأة غير قادرة على العمل والحمل والإنجاب بصورة طبيعية فيما بعد نظراً لتغير حجم وشكل الحوض عندها منذ الصغر.

والمريض بالكساح لديه القابلية للإصابة بالتفسخ وذلك يرجع لنقص الكالسيوم بالدم. كما أن المريض لا يستطيع القيام بجميع الأعمال المهنية ومعظم المصابين بالكساح تكون نفسيتهم مصابة بالإحباط واليأس.

ثالثاً: الشلل

إن حالات الإصابة بالشلل متعددة وتختلف عن بعضها البعض تبعاً لمدى الإصابة ويعرف المليجي (1991، ص 188) الشلل بأنه عبارة عن ضمور العضلات المختلفة لجسم الإنسان مما يؤدي إلى عدم مقدرة مجموعة معينة من العضلات مثل عضلات اليد أو الذراع أو القدم أو عضلات الطرف السفلي كاملاً على أداء وظائفها.

أ- أسبابه:

تحدث عاهات الأطراف غالباً لأسباب متعددة منها: سوء تغذية الأم خلال فترة الحمل مع نقص تناول الفيتامينات والمواد الأساسية، وعدم توافق عامل الريسوس (RH) في فصائل دم الأبوين وتناول الأم للأدوية والعقاقير والمحاليل الكيميائية الضارة، وتلوث البيئة مع سوء الوسط البيئي، والتعرض للعدوى بجراثيم شلل الأطفال والتهاب السحايا والتهاب الدماغ والحصبة الألمانية، وإصابات الكوارث الطبيعية والحروب والحوادث وإصابات العمل.

ويعود الشلل أيضاً إلى إصابات في النخاع الشوكي. فإذا كانت الإصابة مرتفعة (أي في الأعلى) تعلق الأمر بشلل القوائم الأربع وإذا كانت الإصابة منخفضة فإن الأمر يتعلق بشلل عام أو نصفي (المليجي، 1991).

ب- أنواع الشلل: هناك أنواع للشلل أهمها:

1- **الشلل الاهتزازي أو مرض باركنسون Parkinson**: وهو شلل مصحوب بارتعاش.

2- **الشلل المخي**: وينشأ من إصابة تحدث أثناء الولادة تتلف بعض الأنسجة في مراكز الحركة في المخ. وفي هذه الحالة يمكن استرجاع الوظائف المفقودة بإعادة تأهيل أجزاء أخرى من المخ لتأدية الوظائف التي كانت من عمل الأجزاء المتلفة باتخاذ وسائل الوقاية والعناية أثناء الولادة وبعدها.

3- شلل التابس Tabses: وهو نوع آخر من الشلل الكلي أو الجزئي وهو على أشكال متعددة جداً منه الرقبي - السكري - الطفلي والظهري والمساويقي ...الخ. وهو يصيب الأجزاء الرخوة المحيطة بالخيوط العصبية في المخ والنخاع الشوكي. وفي هذه الحالة أيضاً يتجه العلاج إلى إعادة تمرين العضلات ومنع ظهورها واسترداد قابليتها.

4- شلل السكتة الدماغية: وهو نوع من الشلل يحدث نتيجة للإصابة بمرض السكتة الدماغية والمخية.

5- حالات الشلل في الاطراف السفلية او مرض الفخخ: ويحدث نتيجة إصابات مرضية أو غيرها في الحبل الشوكي كمرض التكهف النخاعي وهو مرض من أمراض النخاع الشوكي يحل فيه محل النسيج العصبي تجويف مليء بسائل معين، ومرض الخراج الذي يسببه الزهري العصبي.

6- الشلل التقلصي أو التشنجي الذي يتميز بتيبس العضلات وزيادة في الحركة الانعكاسية. والشلل النصفي وهو يتميز بأنه يصيب كبار السن بصورة رئيسية.

ويحدث الشلل بسبب اضطراب في إمداد جزء من المخ بالدم فتتوقف الخلايا والألياف العصبية في المنطقة المصابة فوراً عن العمل وسرعان ما تموت.

ونقدم فيما يلي مثالين على الشلل أولهما الشلل المخي والآخر شلل الأطفال:

مثال أول: الشلل المخي (الدماغي)

وهو اضطراب عصبي يحدث نتيجة لإصابة بعض مناطق المخ بآفات وغالباً ما يكون مصحوباً بالتخلف العقلي على الرغم من أن كثيراً من المصابين به يتمتعون بذكاء عادي.

كما قد يكون بإمكانهم العناية بأنفسهم والوصول إلى مستوى الكفاية الاقتصادية.

وتعود أسباب هذا الاضطراب إلى الآفات التي تصيب المخ قبل ولادة الطفل أو أثناء ولادته أو بعد الولادة وتقدر نسبة من يصابون به لأسباب تحدث قبل الولادة أو أثنائها بحوالي ثلثي عدد المصابين به. وهناك فئات من الأطفال تكون أكثر عرضة للإصابة به دون غيرهم مثل الأطفال الذين يعانون من نقص الأوكسجين، والاطفال المعرضون لإصابات الولادة بسبب الولادة المتعسرة.

كما تعود كثير من الحالات لاختلاف عامل الريسوس لدى الوالدين وإلى نشاط بعض الصفات الوراثية التي كانت غير نشطة من قبل. وتختلف درجة الإصابة والمضاعفات من شخص لآخر حيث تصاحب الحالة أعراض الصراع أو التخلف العقلي. ومن أهم أعراض الشلل المخي ما يلي:

- عدم القدرة على الحركة أو السيطرة على أعضاء الجسم مما يؤثر على الوظائف الحركية.

- الشلل الجزئي في جميع الأطراف.

- اضطراب التوافق الحركي لدى المصاب مما يعيقه عن السيطرة على حركاته إرادياً وخاصة في الأطراف السفلى.

- إصابة الفرد أحياناً بالتخلف العقلي. وتقدر نسبة المصابين بالتخلف العقلي من بين من يعانون من الشلل المخي بحوالي 50٪.

- قد يعاني المصابون بالشلل المخي من الشلل الرباعي نتيجة عدم إتقان عمليات التوافق ما بين عمليات المص والبلع.

- قد لا يستطيع كثير من المصابين بالشلل المخي مواصلة تعليمهم نتيجة ظهور مشاكل تعليمية تتعلق بتركيز الانتباه واضطراب الإدراك البصري والسمعي مما يعطل تعلم القراءة والحساب والمهارات اللازمة للكتابة.

ويقسم بعض العلماء الشلل المخي إلى ثلاثة أنواع وهي:

1- الشلل المصحوب بالتشنجات.

2- الشلل المصحوب بأعراض تشبه الحركات الراقصة.

3- الشلل المصحوب بالتخلج أو عدم الانتظام.

بالنسبة لعلاج الشلل المخي ليس هناك علاج يشفي المصاب من الشلل المخي ولكن هناك وسائل لمنع حدوث المضاعفات أو التخفيف من حدتها أو لرفع المستوى الإدراكي للشخص. وتهدف هذه الوسائل إلى زيادة النتائج الإيجابية وإلى التقليل بقدر الإمكان من النتائج السلبية للإعاقة. وتتمثل هذه الوسائل في:

- إخضاع المصاب للعلاج الطبيعي والحركات التدريبية الموجبة والسالبة لمساعدة الأطراف على المحافظة على قدراتها على الحركة وعدم توقفها أو إصابتها بالتشوه.

- العلاج الطبي عن طريق جراحة العظام لإجراء العمليات التصحيحية في حالة الحاجة إلى ذلك.

- استخدام أحزمة خاصة ومستندات إذا لزم الأمر.

ونظراً إلى إشارة بعض التقارير إلى أنه بإمكان نسبة تتراوح بين 25-33٪ من المصابين بالشلل المخي من الاعتماد على أنفسهم معيشياً إذا توفرت لهم الخدمات للمساعدة اللازمة فإن الأمر يستدعي من الأسرة أو المؤسسة التي يقيم بها المصاب تقديم النشاطات المناسبة لتنمية كل ما لديه من مهارات وإمكانات إلى أقصى حد يمكن الوصول إليه. وتشمل هذه النشاطات القيام بالحركات التي يوصي بها أخصائيو العلاج الطبيعي وتدريب المصاب على خدمة نفسه بقدر الإمكان وتشجيعه على ممارسة بعض النشاطات الخاصة بتنمية المهارات التي تهدف للسيطرة على الأعصاب.

مثال ثاني: شلل الأطفال أو التهاب السنجابية الحاد الوبائي

إنه من الأمراض القديمة قدم التاريخ، فقد وجدت حالة منه مسجلة على الآثار التي تركها قدماء المصريين. واستمر هذا المرض من ذلك الوقت السحيق حتى الآن. وظهر في أوروبا منذ أواخر القرن الثامن عشر (ستيفن، 1987، ص 835) وكان يعتبر من أخطر الأمراض التي تصيب الأطفال قبل سنة 1955، غير أنه باكتشاف الفيروسات المسببة له والتوصل إلى المستحضرات المضادة له واللازمة لمقاومته فقد أصبح بالإمكان محاربته تمهيداً للقضاء عليه.

ويعتبر شلل الأطفال من الأمراض المعدية الحادة التي تصيب الجهاز العصبي مما يؤدي إلى شلل بعض أجزاء الجسم وخاصة الأطراف العليا والسفلى. وينتقل المرض عن طريق الفيروس من إنسان مريض أو ناقل للمرض إلى شخص آخر سليم.

يكثر انتشار هذا المرض في البيئات ذات المستوى الصحي البدائي ويقل في البيئات المتحضرة ذات المستوى الصحي الرفيع. فأطفال الأرياف والبيئات المتخلفة معرضون دائماً لفيروس شلل الأطفال ولذلك يكتسبون مناعة ضده على مر الأيام، بينما يكون أطفال المدن أقل احتكاكاً به ولذلك لا يكتسبون مناعة ضده ويصبحون أكثر استعداداً لفتكه. ومن هنا جاز لنا أن نقول أن شلل الأطفال هو أحد أمراض التمدن والرفاهية. أما في الوقت الحالي وبعد اكتشاف اللقاحات والأمصال الخاصة به فقد انحسر انتشاره إلى حد كبير.

فيما يتعلق بطرق العدوى تنتقل الحمى الراشحة المسببة لشلل الأطفال عن طريق الأنف والفم والجهاز الهضمي. لذا نجد أن فيروسات المرض تخرج مع براز ورذاذ المريض أو حامل الميكروب ولذلك تحدث العدوى بالطرق الآتية:

- المخالطة المباشرة للمريض حيث تتم العدوى باستنشاق الرذاذ الذي يخرج مع زفير المريض عند العطس والسعال وكذلك عند ملامسة يديه الملوثتين بالفيروسات.

- شرب الحليب الملوث بفيروس شلل الأطفال قبل غليه أو بسترته.

- أكل طعام ملوث بالفيروسات مثل الأطعمة المكشوفة المعرضة للذباب والصراصير التي تنقل الفيروس من إفرازات المريض أو من دورات المياه.

- تسرب ماء ملوث بالفيروس وعادة تتلوث مياه الشرب إذا خالطتها مياه المجاري الملوثة.

- استعمال أدوات المريض الملوثة كاستعمال المناديل وغيرها.

جـ- علاج أمراض الشلل:

تختلف أشكال العلاج اختلافاً كبيراً بحسب حالة المريض والمرض وشدته وأهم هذه الأشكال ما يلي:

1- العلاج الطبي: ليس لدينا الآن أي دواء ناجح وفعال بصورة تامة وثابتة لمنع حدوث الشلل أو لمعالجته، إلا أن هناك بعض الأمصال التي تحد كثيراً من التهاب السنجابية الحاد علماً بأنها ليست كاملة. وهناك حامض الفوليك ومصل سابين وغيره من الأدوية التي يمكن استعمالها قبل ظهور الشلل لأن مصل سابين الذي يعطي عن طريق الفم لكل المواليد يمنع حدوث المرض إلى حد كبير.

أما بعد ظهور المرض فإن المعالجة تقتصر على المعالجة الفيزيائية والتدليك وحمامات البخار والمغاطس الساخنة وتختلف القواعد العامة للمعالجة باختلاف أطوار المرض. وعادة ينتهي العلاج الطبي بإحدى حالتين حسب حالة المريض وهما: عمل أجهزة تعويضية تساعد المريض على الحركة، أو إجراء عملية جراحية في حالات التشويه إذا استدعى الأمر ذلك.

2- العلاج الطبيعي: نود أن نشير أولاً إلى أن الكثير من الحالات تشفى تماماً بالعلاج الطبيعي إذا كانت الإصابة الابتدائية بسيطة. كما نشير إلى أن التمرينات

العلاجية والرياضية وتدريب العضلات والتدليك هي الأساس في تقوية العضلات وإرجاعها لوظيفتها الأولى. والعلاج الطبيعي عمل متخصص، ولذلك يجب أن يتم تحت إشراف طبي متخصص لكي يعيد للعضلات المصابة بالشلل حيويتها وعدم السماح لها بالتدهور حتى يصبح من الصعب علاجها. وينبغي الإشارة هنا إلى أن نجاح هذا العلاج يعتمد على حالة الشلل، فإذا كان الشلل كاملاً ويصيب جميع عضلات الجسم فإنه لا يمكن إحراز أي تقدم في العلاج مهما كان ناجحاً ويستحسن اللجوء للعلاج الطبي أو الفسيولوجي أو النفسي أو لها جميعاً.

3- **العلاج الفسيولوجي أو الجسمي**: ينبغي أن يسير هذا العلاج في الخطوات التالية:

الخطوة الأولى: إن أساس العلاج في هذه المرحلة يقوم على تدريب الطفل على إرخاء عضلاته ويكون ذلك في جلسات خاصة يطلب منه أثناءها أن يقوم ببعض الحركات الجسمية التي تيسر له التحكم في استخدام هذه الأعضاء. وبعبارة أخرى يتعود على أن يستعمل هذه الأعضاء بطريقة إرادية وتعطى هذه التمرينات كل يوم خلال فترات محددة.

الخطوة الثانية: ويتضمن العلاج في هذه المرحلة إعطاء المصاب تمرينات خاصة لمساعدته على المشي تبدأ باستخدام تمرينات المشي بمساعدة ثم بدون مساعدة.

وخلاصة القول أن معالجة شلل الأطفال تعتمد بشكل رئيسي على التدليك والمعالجة الفيزيائية والحمامات الساخنة والأشعة تحت الحمراء...الخ. وليس للمعالجة بالعقاقير والمواد الكيماوية أي نفع في علاج هذا الداء. وكل ما يمكننا عمله هو وقاية الأطفال من شر هذا المرض وذلك بتلقيحهم بالطريقة السليمة.

د- الخدمات التي تقدمها مؤسسات المشلولين وتدريبهم وتأهيلهم:

تقدم مؤسسات رعاية المعوقين كافة الخدمات لجميع حالات الإعاقة وخاصة الشلل بما تحتاجه الحالة الموجودة ويتم ذلك على النحو التالي (زايد وآخرون، 1984):

1- الخدمات الطبية: إذا استدعت حالة الطفل الإقامة في المستشفيات والمصحات للخضوع لبرنامج طبي علاجي لتدريب عضلات الأطراف المصابة وتقويتها عن طريق العلاج الطبي أو تصحيح العظام بالتدخل الجراحي.

فينبغي أن نقوم بتقديم الخدمات للعلاج الطبيعي للأفراد المشلولين وخاصة صغار السن منهم لمحاولة تحريك العضو المصاب بالشلل والتدريب للطفل المشلول على الحركة عن طريق الأفراد المتخصصين وتوفير كافة الأجهزة اللازمة للعلاج الطبيعي لما لهذا الأمر من شأن عظيم في التقدم بحالة صغار السن منهم ليتمكنوا من تحريك الأطراف المشلولة بعد فقدها الحركة وخاصة إذا بدأ العلاج منذ الصغر، أي أن تقديم العلاج الطبيعي يجب أن يبدأ مبكراً فور اكتشاف الحالة.

2- خدمات التعليم والتدريب والتأهيل: من المعروف أن العديد من المصابين بشلل الأطفال يتلقون تعليمهم بالمدارس العادية لعدم تأثر قدراتهم الذهنية بإعاقات الأطراف أو الإعاقات العضوية. غير أن هناك بعض الصعوبات التي تواجههم. ومن أهم هذه الصعوبات مشكلة المواصلات وبُعد دور التعليم والتدريب عن مكان الإقامة وصعوبة الوصول إلى الفصول الدراسية بالأدوار العليا بالمدارس. هذا وتعمل مراكز إعادة التأهيل على تقديم مجموعة من البرامج التي تهدف إلى تلبية حاجة هذه الفئات إلى التدريب والتأهيل أو إعادة التأهيل مثل التدريب على الآلات الكاتبة والحاسبة بالنسبة للجنسين وتصليح الساعات ومزاولة الأشغال الجلدية والمعدنية والتجارة بالنسبة للذكور وأشغال الإبرة والخياطة والتريكو بالنسبة للإناث.

3- الخدمات الاجتماعية: وتضم هذه الخدمات: عمل الأبحاث الاجتماعية الفردية في كل حالة للتعرف على سبب الإعاقة أو الشلل، والعمل على التغلب على المشاكل النفسية والأسرية التي يتعرض لها المشلولون، وتقديم كافة الخدمات الترويحية والترفيهية لشغل أوقات الفراغ لديهم، وجمع الإحصائيات والبيانات عن المرضى

المشلولين والمعوقين وعن ظروف أسرهم مما يساهم في الارتقاء بمستواهم الاجتماعي عن طريق تعريف كافة أفراد المجتمع بأنواع الإعاقة الجسدية كالشلل والقعاد والبتر وأسبابها وكيفية الوقاية منها، وصرف الإعانات المالية لبعض الحالات وفقاً للتقارير المقدمة والحالة التي يوجد عليها المعوق، ووضع برنامج للرحلات للتمتع بحياة الخلاء بما يعود بالسرور والمرح على المعوق.

كما ينبغي أن تتضمن الخدمات الاجتماعية والنفسية تدريب المعوق المشلول على التعامل مع المشكلات التي تنجم أحياناً عن بقاء المريض في المؤسسات العلاجية لفترة طويلة بعيداً عن البيئة الطبيعية بين أفراد أسرته. كما تتضمن مساعدة المريض وتشجيعه خلال مراحل تدريبه على المشي واستخدام الأجهزة الخاصة خلال فترة العلاج الحياتي التأهيلي تمهيداً لعودته إلى العيش بصورة طبيعية.

4- الخدمات الرياضية: يعد المجال الرياضي بالنسبة للمشلولين متعدد الأنواع لكننا نرى أن الأنشطة الرياضية التي تتناسب مع المعوقين بالإعاقات الجسدية وفقاً للأنواع السابقة من الإعاقات الجسدية تتناسب مع المشلولين. وبالتالي يجب الاعتناء بشكل خاص بالجزء المصاب بالشلل عن طريق التمرينات العلاجية والتدليك تحت إشراف المتخصصين بالعلاج الطبيعي.

وهنا سنذكر أنواع الأنشطة الرياضية بالنسبة للمشلولين:

أ- التمرينات: وهدفها الاعتناء بالوظائف المختلفة لأعضاء الجسم السليمة لما يتناسب مع الحالة الموجود عليها الفرد وتضم التمرينات الخاصة التي تؤدي إلى محاولة التقدم بحالة الأجزاء المصابة وهي التمرينات الرياضية العلاجية التي تعمل على تنمية المجموعات الفعلية للجزء المصاب بالشلل. ويجب التنويع في هذه التمرينات بما يتناسب والجزء المصاب.

ب- **المتوازي المنخفض (الأرضي)**: ويستخدم كلوحة مساعدة على الوقوف والتحرك للمشلولين بالأطراف السفلية بحيث يكون ارتفاع البار مناسباً للعمر الزمني وكذلك إمكان عمل تدريبات للذراعين والمرجحات على المتوازي بحيث يتناسب البعد بين البارين مع العمر للمشلولين.

ج- **عقل الحائط**: تستخدم عقل الحائط في تمرينات الشد إلى أعلى وتمرينات الذراعين المختلفة ويمكن استخدامها كعقلة للشد إلى أعلى وذلك برفع بعضها من مكانها لتتناسب مع قدرات وإمكانيات الأفراد. كما يمكن استخدامها مثل السلالم الأفقية إذا كانت من النوع المتحرك أثناء تثبيتها بالحائط، واستخدامها لتمرينات الشد إلى أعلى لتحل محل العقلة القابلة للتكيف مع الأفراد.

د- **ألعاب التسلق**: يمكن استخدام الحبال والمواسير والأخشاب. وهذه المعدات يمكن تجهيزها محلياً وتستخدم بغرض الترفيه والترويح وتمرين عضلات الذراعين.

هـ- **الألعاب المائية**: السباحة من الرياضات العامة لفئة المشلولين ولذلك يجب توفير حوض للسباحة غير عميق ليتناسب منسوب ارتفاع الماء مع الحالات واستخدام الأدوات والمعدات المساعدة على الطفو وفقاً لكل حالة.

وكذلك يجب تثبيت الحبال بحافتي الحمام وذلك للمشي والتحريك داخل الماء مما يساعد على تنمية العضلات المختلفة المصابة بالشلل. ولهذه الرياضة فائدة كبيرة في عمليات العلاج الطبيعي لهؤلاء الأفراد.

***



الفصل الثاني

الإعاقة الحسية





الفصل الثاني

الإعاقة الحسية

المعوقون حسياً هم الأفراد المصابون بإعاقات في حواسهم تعوقهم عن ممارسة السلوك العادي في المجتمع، حتى ولو لم يقترن ذلك بعجز ظاهر. فمن المعلوم أن الحواس (النظر – السمع – اللمس- الذوق والشم) مداخل أساسية للمعرفة عند الإنسان، وعن طريقها تصل المؤثرات الحسية المختلفة إلى المخ الذي يقوم بدوره بترجمة هذه المؤثرات أو الانطباعات وتحليلها لتفهم طبيعة الأشياء في البيئة المحيطة به.

وتقوم العلميات العقلية العليا (كالتفكير والتخيل والتحليل والتركيب والمقارنة والاستنتاج والفهم ..الخ) بترجمة هذه المؤشرات الحسية وفهمها. وفي هذا المجال تساعد اللغة والكلام والأسئلة المتعددة على الاستفادة من خبرات الآخرين. ومن ثم يلعب الإدراك دوراً هاماً في عملية التعلم واكتساب الخبرات وإن أي خلل يعتريه يتسبب في إعاقة النمو العادي للفرد.

وتؤثر الإعاقة تأثيراً سيئاً في اتجاهات الفرد وميوله حيث تؤدي إلى زيادة حساسيته وشعوره بالنقص عندما يقارن حالته بحالة غيره من الأفراد الآخرين، وينشأ عن الشعور بالنقص فقدان الثقة بالنفس والعجز عن التكيف مع المواقف الجديدة.

وأكثر الآثار السلبية انعكاساً على المعوق فقدانه لمكانته الاجتماعية في الأسرة أو المجتمع الذي يعيش فيه إذ قد تضيق الأسرة به وتشعره بأنه عبء عليها فيشعر بالخوف وعدم الانتماء أو ينقلب على أسرته وعلى مجتمعه بالسخط والعدوان. وعليه سوف

نعرض في هذا الجزء من الكتاب أهم الإعاقات الحسية لما لها من أهمية كبرى في حياة الإنسان ومستقبله.

وسنتناول بشيء من التفصيل الإعاقات السمعية التي تتضمن الصم وضعاف السمع والإعاقات البصرية التي تشمل ضعاف البصر والمكفوفين وسنفرد فصلاً خاصاً بالإعاقات الكلامية التي تشمل الاضطرابات الصوتية والكلام التشنجي (التهتهة) والكلام التوقفي (الحبسة) والكلام الطفلي وعيوب النطق كالعيوب الإبدالية والفأفأة والتأتأة وغيرها مثل اضطرابات الكلام أثناء القراءة.

أولاً: الإعاقات السمعية

تصيب الإعاقات السمعية كغيرها من الإعاقات قطاعاً هاماً أو فئة مهمة من الأفراد الذين هم عماد الثروة البشرية. فإذا أهملت هذه الفئة تكون النتيجة مشاكل اجتماعية لها آثارها السيئة على المجتمع كانحراف الأحداث والتشرد والإجرام وغير ذلك. فالمعوق سمعياً هو مواطن وإنسان له حقوق وعليه واجبات شأنه من ذلك شأن أي مواطن عادي يعيش في مجتمع ديمقراطي يكفل الحرية الاجتماعية ويتيح الفرص المتكافئة لجميع أفراده. والمعوقون سمعياً بحاجة إلى رعاية من نوع خاص تتناسب مع ما لديهم من إمكانيات وقدرات، ولذلك ينبغي دراسة ذوي هذه الإعاقات لمعرفة حالاتهم وأسباب إعاقاتهم ومساعدتهم في التغلب عليها.

1-الصمم:

الصمم هو فقدان حاسة السمع. وقد يكون الصمم كلياً عندما يفقد الإنسان حاسة السمع تماماً أو قد يكون جزئياً عندما يفقد جزءاً من حاسة السمع. ويطلق عادة على الشخص الأول أصم، وعلى الثاني ضعيف السمع أو ثقيل السمع.

أ- أسباب الصمم:

يرجع علماء النفس أسباب الصمم إلى عوامل كثيرة يمكن تصنيفها فيما يلي:

1- عوامل وراثية Heredity Factors: وهي نادرة الحدوث وتنتقل عن طريق الجينات الموجودة من كروموسومات الخلية من الآباء والأجداد إلى الأبناء والأحفاد ولا يتعدى دورها نسبة 0.003.

2- عوامل ولادية: كإصابات الأم في الشهور الأولى للحمل بأمراض مثل مرض القلب أو مرض ماء العين (الكتاركتا) أو التهاب أغشية المخ.

3- عوامل بيئية مكتسبة: كإهمال الطبيب للأم أثناء الولادة أو الولادة المعسرة التي قد يترتب عليها إصابة المولود بنزيف المخ أو نقص كمية الأوكسجين عند الولادة أو قد تكون نتيجة الحوادث كحوادث السيارات أو السقوط من أعلى أو الحمى الروماتيزمية أو الضعف العقلي أو الخلل في أعصاب المخ. ويسمى مثل هذا الصمم بالصمم الخلقي Congenital Deafness. وهناك سبب آخر للصمم المكتسب أو الصمم العارض أو العصبي وهو وجود عيب في أعصاب السمع أو وجود عيب في العضو الخاص بتوصيل الصوت (لطفي بركات أحمد، **1978، والمليجي، 1991**).

ب- كيف يمكن اكتشاف الصمم في وقت مبكر:

بإمكان الوالدين اكتشاف الصمم في وقت مبكر إذا أخفق الطفل في الكلام في السن العادي له، أو لوحظ عدم قدرة الطفل على تفهم كلام الآخرين وانعدام تجاوبه اللغوي أو تمييزه للأصوات أو عند تنفسه من الفم.

وكذلك عندما يلاحظ عدم معرفة الطفل للجهة التي يأتي منها الصوت رغم سماعه له، وبذل مجهود خاص في الانتباه وميل الرأس نحو جهة واحدة. وقد أثبتت الدراسات التي قام بها علماء النفس أن 80٪ من الأطفال يصابون بالصمم قبل سن

الخامسة. ولا شك أن فقدان السمع يؤدي إلى مشكلات بين الطفل وبيئته وكلما زادت نسبته وشدته فإنه يؤدي إلى اختلال تفاعل الطفل مع البيئة التي يعيش فيها.

جـ- خصائص الطفل الأصم:

من الأبحاث والدراسات التي أجريت على خصائص الطفل الأصم وجد أنه:

1- يعاني من عدم اتزان عاطفي كما اتضح من أبحاث ليون Lyon.

2- يميل إلى الانطواء ويكون أقل حباً للسيطرة كما بينت أبحاث بنتز Pintuez.

3- يكون أقل نضجاً من الناحية الاجتماعية من الطفل العادي بنسبة تتراوح ما بين 10 - 20٪.

4- يكون أقل ذكاءاً من الطفل العادي بما يعادل 15 درجة تقريباً.

5- يكون أقل تقدماً في النواحي التعليمية عن الطفل العادي بمتوسط ثلاث سنوات تقريباً.

د- رعاية الطفل الأصم:

ينبغي على معاهد الصم العناية بالطفل من حيث:

1- العلاج الصحي ويتضمن العناية بالتغذية وممارسة الرياضة والكشف عن أسنان الطفل ومعالجة الزوائد الأنفية وتضخم اللوز.

2- تقوية الانتباه وعلاج الصمم النفسي وذلك بالتعرف على الأصوات المختلفة.

3- إعطاء الطفل تمرينات علاجية مساعدة عن طريق التسجيلات الصوتية.

4- تمرين الطفل على إحداث أصوات أولية وساذجة محاولاً تقليد المدرس بعد مساعدة حركات الفم وجس أعضاء النطق من الخارج.

5- يمكن الاستعانة بمرآة توضع أمام التلاميذ ليتمكنوا من رؤية ما تؤديه شفاههم ومن إصلاح أخطائهم.

هـ- تعليم الطفل الأصم وتأهيله:

يبدأ تعليم الطفل الأصم في كثير من معاهد الصم عند وصوله إلى الخامسة من عمره ويستمر لمدة ثماني سنوات دراسية. وهذا يعني أن يبدأ تعليم الطفل على يد الأم وهو على درجة من النضج الجسمي والعقلي تهيئه لعملية التعليم.

والطفل الأصم له خصائص الطفولة كاملة، فهو يمر بمراحل النمو التي يمر بها غيره من الأسوياء، ولذلك ينبغي أن يراعى في تربيته ما يراعى في تربية الطفل السوي من حيث مسايرة خصائص نموه والعمل على تنمية شخصيته تنمية كاملة.

وإذا كان تعليم الطفل السوي يعتمد على اللغة التي اكتسبها عن طريق التقليد قبل دخول المدرسة، فإن الطفل الأصم يدخل المدرسة دون رصيد لغوي وجهاز النطق لديه معطل بسبب فقد حاسة السمع التي هي طريقه إلى التقليد وتعلم الكلام، وهنا تبدأ الصعوبة في تعليم اللغة. كما تبدو الحاجة إلى المهارة والفهم للطرائق العلمية والأساليب السليمة المتعلقة بهذه العملية.

إن تعليم الأطفال بصفة أساسية يقوم على تنبيه حواسهم وتدريب أعضاء النطق لديهم تدريباً مستمراً لتعود إليها المرونة التي فقدتها نتيجة تعطلها عن الكلام مدة طويلة. وهذا يستلزم أن نبدأ تعليم الأصم مبكراً كلما أمكن ذلك وأن نستغل هذه الفترة من عمره الزمني إلى أقصى حد ممكن في تعليم الكلام. ولهذا يتم تعليم هؤلاء الأطفال بتدريبهم على قراءة الشفاه وتفسير حركات الوجه وأعضاء النطق لفهم ما يقوله الغير، ومن ثم التدرج بهم في ذلك لتنمية قدراتهم حتى يستطيعوا التمييز بين الأصوات المتشابهة عن طريق دقة الملاحظة وتركيز الانتباه.

إن الأطفال الصم يختلفون فيما بينهم اختلافاً كبيراً ، فمنهم من لديه بقية من السمع وإن كانت ضئيلة، ومنهم من فقد حاسة السمع تماماً. كما أنهم يتفاوتون من حيث خبراتهم وحظهم من معونة البيت لهم ومن حيث قدرتهم على الفهم ومن استجابتهم إذا طلب منهم محاولة النطق. ومن ثم فإن تعلمهم يقوم على التعليم الفردي المنتظم ولا يجدي فيه نظام التعليم الجماعي.

ويستمر هذا النوع من التعليم الفردي طوال الفترة الدراسية حتى يتمكن الطفل الأصم من استخدام كل إمكانياته الكلامية. ويتضمن تعليم هؤلاء الأطفال استغلال جميع الوسائل التعليمية لهم، على أن تتاح أمامهم الفرص لرؤية هذه الوسائل رؤية متأنية والتعرف عليها تعرفاً شاملاً.

ومن الملاحظ أن الأطفال الصم بطيئو التعلم وضعيفو القدرة على التحصيل وتركيز الانتباه مقارنة بالأطفال العاديين نظراً لإعاقتهم لا لضعف عقولهم. وهم لذلك أكثر تعرضاً للخطأ والنسيان، فتعليمهم يحتاج إلى وقت أطول وجهد أكثر وتكرار مستمر بطرق متنوعة ومشوقة، وذلك يقتضي أن يكون هدف المعلم في تعليم الطفل هو الصبر والأناة ورحابة الصدر والوفاء للمهنة.

ولما كان الطفل الأصم قليل الخبرات، فمن الواجب أن يؤخذ في الاعتبار عند تعليم الأطفال العمل دائماً على توسيع خبراتهم بطريقة مقصودة وتشجيعهم على الاندماج في حياة المدرسة وفي حياة الأسرة ومواجهة احتياجاتهم اليومية وتزويدهم بالخبرات والمعلومات والاتجاهات التي تمكنهم من تصريف شؤونهم الخاصة. وبهذا يمكن تعويضهم عن الخبرات التي حرموا من اكتسابها عن طريق حاسة السمع، كما أنه يساعد في الوقت ذاته على ترقيهم اللغوي.

و- الأساليب المتبعة في تعليم الأطفال الصم ومراحلها:

1- مرحلة التهيئة: يبدأ تعليم الأطفال الصم بتهيئتهم تهيئة عامة من الناحية النفسية بغرض التكيف مع البيئة المدرسية. ومن وسائل هذه التهيئة أن يحسن المعلم استقبال الأطفال ويشعرهم بالحنان والحب والأمان وأن يصحبهم في جولات يومية بالمدرسة للتعرف على معالمها ومرافقها.

أما التهيئة الخاصة لعمليات التعلم فتكون بالبدء في تدريبهم على قراءة الشفاه والنطق وتتضمن تدريبات على التنفس الصحيح وعلى إخراج الأصوات والاستعانة بالمشاهدات والأعمال والألعاب البسيطة والوسائل التعليمية. ويمكن استخدام المرآة لتعديل حركات الشفاه عند النطق ومعرفة الطريقة الصحيحة في ذلك، وهذا فضلاً عن الأساليب التي يراها المعلم مجدية في هذه المرحلة.

2- تعليم مبادئ القراءة والكتابة: يسير تعليم الأطفال الصم القراءة والكتابة بالطريقة الكلية التي تبدأ بالكليات من الكلمات والجمل السهلة وتنتهي بتجريد الحروف الهجائية ومعرفة أشكالها ومخارج أصواتها. وتتلخص خطوات هذه الطريقة فيما يلي:

أ- الخطوة الأولى (التهيئة): وتهدف إلى البدء في تدريب الأطفال على إخراج الأصوات لتمرين أعضاء النطق وإلى تدريبهم على ملاحظة حركات الشفاه عند النطق والربط بين هذه الحركات والمدلولات الكلامية لتنمية القدرة على الفهم.

ب- الخطوة الثانية (التعريف بالكلمة والجمل): وتقوم هذه الخطوة على عرض الكلمة أو الجملة مكتوبة على السبورة أو في بطاقة بخط كبير واضح مع قرنها بوسيلة توضيحية مناسبة ثم يعرض الشيء نفسه أو نموذج أو صورة له أو رسمه على السبورة ثم النطق بالكلمة المكتوبة أمام الأطفال مرات مع ملاحظة تجسيم الشفاه وإبراز مخارج الحروف ولفت نظر الأطفال إلى ملاحظة ذلك ثم تدريبهم واحداً واحداً على النطق

بالكلمة والعناية بإصلاح الكلمات التي يتم اختيارها لهذا الغرض إذ تكون من الألفاظ المألوفة الشائعة الاستعمال ومن الألفاظ العربية الصحيحة ولها دلالات حسية. كما يجب أن تكون بسيطة من حيث شكلها العام وعدد حروفها وأن تكون من الألفاظ السهلة النطق والواضحة بالنسبة لمخارج الحروف.

جـ- **الخطوة الثالثة (التجريد)**: من خلال الخطوة السابقة يحدث أن يتكرر حرف في أكثر من كلمة مما يلفت نظر الطفل إلى تشابه شكله عند الكتابة وتشابه مخرجه عند النطق به في الكلمات التي تكرر فيها. وعندئذ يمكن استرجاع هذا الحرف والتعريف به كوحدة مستقلة لها نطق خاص وشكل خاص، ثم تدريب الأطفال تدريباً كافياً على النطق به وكتابته. وتمشياً مع الغرض من قراءة الشفاه وتيسيراً لعملية التعلم يبدأ في هذا الصف بتجريد الحروف الآتية بالطريقة السابقة. (ب، م، ف، ت، ط، د، ض، أ، و).

3- **تعليم الكتابة**: يتمتع الطفل الأصم بقوة الإبصار وسلامة الأعضاء التي تشترك في عملية الكتابة ولديه الاستعداد لاكتساب مهاراتها، ولذلك يمكن تدريبه على الكتابة منذ بداية تعلمه، باعتبار الكتابة غرضاً مقصوداً لذاته من جهة ووسيلة لتثبيت الكلمات والحروف من جهة أخرى. من الملاحظ أن بعض الأطفال يقبل على الكتابة وبعضهم ينفر منها، وعليه ينبغي معاملتهم برفق والتدرج بهم وعدم مطالبتهم بالكتابة الدقيقة لأن ذلك يحتاج إلى تعليم خاص وتمرين متدرج طويل ونضج عقلي.

وبمرور الوقت تتحسن كتابة الأطفال بنمو قدراتهم على ضبط أيديهم وحركاتهم وكثرة التدريب وحسن التوجيه. ومن الوسائل المشوقة التي تستخدم في تدريب هؤلاء الأطفال على الكتابة ما يلي:

- استخدام الكلمات على الرمل ونحوه.
- عمل كلمات من أعواد صغيرة من الخشب.
- عمل كلمات من الصلصال.

وهناك وسائل أخرى أكثر تقدماً تستخدم حالياً في معاهد الصم لتعليم القراءة والكتابة منها الآلات التعليمية والكتب المبرمجة.

4- التدريب على التعبير: تصاحب عمليات تعليم القراءة والكتابة محاولات مبدئية مقصودة لتدريب التلاميذ على التعبير وذلك لكي تتسع خبراتهم وتنمو مهاراتهم في قراءة الشفاه والفهم وقدرتهم على النطق. ويمكن أن يتم ذلك من خلال تشجيع الأطفال على النطق والتعبير أثناء الألعاب والأعمال التي يقومون بها ومن خلال فعاليات الحياة المدرسية بوجه عام.

وتستمر مجالات التعبير من البيئة المباشرة التي يحيا فيها الطفل والتي هي مجال ملاحظته وتفكيره ونشاطه وتعامله ليكون ذلك وسيلة إلى تنمية خبراته في المحيط القريب منه والمألوف لديه وزيادة حصيلته اللغوية وإكسابه بعض العادات والاتجاهات الاجتماعية والصحية التي تساعده على النمو السليم وعلى التكيف مع البيئة التي يعيش فيها.

5- تعليم القراءة: يبدأ تعليم القراءة عندما يكون الطفل الأصم مستعداً لذلك، بمعنى أن يكون قد تعلم مبادئ الكتابة والتعبير. وتكون القراءة جهرية أو صامتة. في القراءة الجهرية يطلب من الأطفال أن يقرأوا من الكتاب المقرر أو من على السبورة أو مما في البطاقات قطعاً صغيرة يراعى فيها أن تكون حول الأشياء الحسية الواقعة في دائرة خبراتهم ونشاطاتهم التي تتفق مع ميولهم وحاجاتهم، وأن تكون مفرداتها معروفة لديهم مع زيادة بعض الألفاظ الجديدة التي يقتضيها نموهم اللغوي والعقلي.

كما ينبغي أن تكون الجمل متدرجة في الطول بحيث لا تزيد على نحو أربع كلمات في المرحلة الأولى ثم ست كلمات في المرحلة الثانية، وأن يكون طول القطعة مناسباً، وأن تتدرج في الطول وفق قدرات الأطفال. وينبغي أن تتضمن القطعة التدريب على المد بأنواعه وعلى السكون والتنوين بالفتح والضم والكسر والتاء المفتوحة والمربوطة.

ولا يفوتنا أن نشير هنا إلى أن هناك كثيراً من التفاصيل عن تأهيل الأطفال الصم وتعليمهم، منها: كيفية تعليمهم الحساب والهندسة وتعليمهم العلوم والتربية الصحية وكيفية تعليمهم التربية الفنية والتربية الزراعية والتدبير المنزلي والصناعات المحلية بجانب التربية الاجتماعية والتربية الدينية، وهذه جميعها يمكن الرجوع إليها في البرامج الخاصة بذلك في المؤسسات الخاصة برعاية الصم والبكم.

2-ضعاف السمع:

إن معرفة حدة السمع في سن الطفولة المبكرة ذات أهمية خاصة لأن هذه السن هي سن تكوين اللغة وتطورها وإن معرفة الكلام وأي ضعف في السمع سيتدخل من غير شك في نمو اللغة عند الأطفال ويؤثر على القدرة اللفظية والكلام والنطق لديهم.

معنى ذلك أن ضعف السمع سيقف حائلاً في سبيل المعرفة بوجه عام كما يؤثر في شخصية الفرد. فلقد اكتشف الدكتوران «ايرين والكسندر يونج» أن الطفل الأصم الذي سنه أقل من سنتين يمكن تعليمه بنجاح بواسطة التدريب المنزلي تحت إشراف متخصصين كما أكدا أن كثيراً من حالات الصمم التي شخصت في وقت مبكر قد أفادها العلاج النفسي والتربوي وكان لذلك أثره في حياة الأطفال ومستقبلهم حيث أنقذهم من صمم مؤكد لو تركوا وشأنهم.

قد يكون ضعف السمع سبباً في وصم الأطفال بضعف الذكاء وهم ليسوا كذلك. فلقد دلت الأبحاث العلمية على أن نسبة تضخم اللوز والزوائد خلف الأنف التي يتسبب عنها في ضعف السمع يؤثر تأثيراً سيئاً في تقدم الطفل المدرسي، وأن نسبة هذه الأمراض بين التلاميذ المتأخرين دراسياً كبيرة. كما ثبت من الإحصاءات أن معظم حالات الإصابة السمعية يحدث في سن الطفولة وثبت طبياً أنه كلما اكتشفت حالات ضعف السمع في سن مبكرة كانت فرص نجاح العلاج أيسر وأجدى.

أ- أسباب ضعف السمع:

حدد اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة في إحدى نشراته بالقاهرة عام 1993 الأسباب التي ينشأ عنها ضعف القدرة السمعية مبيناً أن هذه الأسباب تختلف باختلاف مكان الإصابة في الجهاز العصبي السمعي نفسه، فمنها ما يتصل بالأذن الداخلية، ومنها ما يتصل بالأذن الخارجية، ومنها ما يتصل بالأذن الوسطى.

فمن الأسباب التي تتعلق بالأذن الخارجية وتسبب ما يسمى بضعف السمع التوصيلي هي تلك الأسباب التي تنتج عن سبب مرضي مثل إفراز الغدد لمادة شمعية عندما تكثر تؤدي إلى سد القناة السمعية أو التهاب الأذن أو مثل دخول جسم غريب في الأذن أو حدوث ثقب بغشاء طبلة الأذن.

ومن الأسباب التي تتعلق بالأذن الوسطى أنه يحدث أحياناً أن تسد قناة ستاكيوس عند إصابة الفرد بالبرد الشديد أو الزكام وينتج عن ذلك أن يكون الضغط الخارجي على طبلة الأذن شديداً وهنا لا تهتز الطبلة عند وصول الصوت ومن ثم تتعطل وظيفتها.

أما الأسباب التي تتعلق بالأذن الداخلية وينتج عنها ما يسمى بضعف السمع الحسي العصبي. هناك التلف في عصب السمع أو في مراكز السمع بالمخ والذي يعطلها عن أداء وظيفتها، وفي هذه الحالة يكون السمع بالتوصيل الهوائي أقل من الطبيعي، وهذه الحالات غير قابلة للعلاج إلا بالمعينات وبخاصة في بعض منها وليس جميعها.

ب- الكشف عن ضعف السمع وقياسه:

ذكر بعض الباحثين أنه لو اكتشفت حالات ضعف السمع في سن مبكرة لأمكن إنقاذ 85٪ من الصم. وبالتالي يمكن أن تقول أنه باكتشاف ضعف السمع في سن مبكرة وإزالة أسبابه وذلك بالعلاج، يمكن أن يعود كثير من الأطفال إلى حياتهم الطبيعية.

وعليه ينبغي الكشف عن ضعاف السمع في مراحل النمو ومن ثم متابعتها. وتستخدم لذلك عدة طرق يمكن بها قياس السمع باستخدام اختبارات قياس السمع وإجراء الاختبارات في غرفة هادئة.

وتنقسم العملية إلى قسمين:

1- قياس السمع للأطفال قبل سن الخامسة: في هذه المرحلة من السن يختبر السمع بطريقة السمع المبدئي. وتعتمد هذه الطريقة على معرفة مدى استجابة الطفل للأصوات حسب شدتها وذبذبتها ووفق الخصائص السمعية للأطفال التي سبق شرحها.

ويمكن تلخيص هذه الطريقة بأن يوضع إلى جوار الطفل المُخْتبَر جهاز يقيس شدة الصوت ويسمى أوديومتر Audio - Meter ثم يشجع الطفل على اللعب بلعب معينة كالحلق الملون أو الكرات الملونة، أو الأقراص الملونة فإذا ما استغرق في اللعب بها وذلك بمساعدة مساعد المُخْتَبِر، يقوم المختبر بعمل أصوات هادئة كأصوات الأجراس أو الطبول أو أنابيب الصوت ...الخ خلف الطفل فإذا لم ينتبه إليها اقترب منه المُخْتَبِر شيئاً فشيئاً إلى أن يلتفت إلى مصدر الصوت، وهنا يأخذ مساعد المُخْتَبِر قراءة جهاز قياس شدة الصوت الموضوع بجوار الطفل. وبهذه الاختبارات السهلة البسيطة يمكن اكتشاف القصور السمعي بطريقة مبدئية.

2- قياس السمع للأطفال بعد سن الخامسة: يتخذ هذا القياس عدة طرق منها:

- **طريقة الساعة:** وهي طريقة غير دقيقة لقياس حدة السمع وهي تستعمل في حالة عدم توفر أجهزة الأوديومترات أو عدم إمكان استعمالها نتيجة لعدم وجود تيار كهربائي مثلاً.

وهذه الطريقة تعطي فكرة تقريبية عن حدة السمع في كل أذن على حده وذلك بأن يجلس الطفل على كرسي في حجرة هادئة تماماً ويغطي أحد أذنيه ثم يقف المُخْتَبِر خلفه

ويمسك بساعة جيب معلقة ويضعها بالقرب من أذنه ليتأكد بأن التلميذ يستطيع سماعها، ويطلب إليه أن يرفع يده الأخرى عندما يسمع دقاتها ثانية. ثم تحسب حدة السمع وهي = المسافة بين الساعة والأذن بالقدم ÷ 5 أقدام.

بعد ذلك يقوم الفاحص بتكرار هذه العملية على الأذن الأخرى. وهذه الطريقة غير دقيقة لاختلاف صوت دقات الساعات المختلفة ووجود عامل التخمين.

- **طريقة الهمس**: وهي طريقة مشابهة لطريقة الساعة من حيث الدقة وتعتمد على قدرة التلميذ على سمع الهمس.

- **الأديومترات Audio-Meters**: وهي أدق بكثير من الطرق السابقة. والأديومترات على نوعين: الأوديوميتر الجمعي الكلامي، ويمكن بواسطته قياس 40 حالة في المرة الواحدة وهي تحدد درجة القصور السمعي في كل أذن على حده وبشكل جيد. والأوديوميتر الصوتي الفردي، وهو جهاز دقيق يقيس درجة القصور السمعي في كل أذن كما يحدد أنواع الذبذبات التي تقصر الأذن عن سماعها.

جـ- تصنيفات ضعاف السمع:

صنف استرنج Streng ضعاف السمع إلى خمس فئات:

1- **الفئة الأولى**: تشمل الأطفال الذين يكون نقص السمع عندهم من 20 – 25 وحدة صوتية أقل من العادية. وهذه المجموعة يمكنها تعلم الكلام عن طريق الأذن لأنهم يقفون على الحدود الفاصلة بين العاديين في السمع ومن لديهم عيوب سمعية واضحة.

2- **الفئة الثانية**: وتشمل الأطفال الذين يكون نقص السمع عندهم من 30 - 40 وحدة صوتية أقل من الفئة العادية. وقد تجد هذه الفئة صعوبة في فهم الكلام عن طريق الأذن إذا كان مصدر الصوت يبعد مترين أو أكثر، وتجد بعض الصعوبة في متابعة الحديث الذي يدور فيها بين الناس.

3- الفئة الثالثة: وتشمل حالات نقص السمع من 40 - 60 وحدة صوتية أقل من الفئة العادية. وتجد هذه الفئة فرصة في تعلم اللغة والكلام إذا وجدت الوسائل المعينة على السمع.

4- الفئة الرابعة: وتشمل الحالات التي يكون النقص فيها شديداً ويكون النقص من 60 - 70 درجة أقل من العادية. وهذه الفئة لا تنمو عندها اللغة والكلام بصورة تلقائية وهي تقع على الحدود الفاصلة بين حالات الصمم التي يمكن تعليمها أو لا يمكن تعليمها. ولذلك يجب أن تتعلم الاتصال عن طريق استخدام الوسائل الخاصة.

5- الفئة الخامسة: ويكون فيها النقص حوالي 75 وحدة صوتية أقل من الفئة العادية وتشمل حالات النقص الكامل وهذه الحالات لا يمكن تعليمها اللغة عن طريق الأذن أو عن طريق مقويات الصوت، بل تتعلم عن طريق قراءة الشفاه.

يتضح من هذا التصنيف أن الحالتين الأخيرتين أقرب إلى الصمم على حين أن الحالات الثلاث الأولى تندرج تحت حالات ثقل السمع. وهناك مجموعة من العوامل التي تحدد دلالات التصنيف السابق مثل: تاريخ ظهور الإصابة – مدى الإصابة وطبيعتها – مستوى ذكاء المصاب وقدرته على التعلم – مدى استعداد الأسرة لتقبل الحالة – وجود معوقات أخرى غير ضعف السمع كالشلل أو الضعف العقلي.

ومن الناحية التربوية تم تقسيم الضعف السمعي إلى ثلاث مجموعات هي: ضعف سمعي بسيط وهو عبارة عن وجود 20 وحدة صوتية أقل من العادي، وضعف سمعي متوسط وهو عبارة عن 40 وحدة صوتية أقل من العادي، وضعف سمعي شديد وهو عبارة عن 60 وحدة صوتية أقل من العادي. وطبقاً للدراسات التربوية تعتبر المجموعة الأولى من ضعاف السمع هذه قادرة على مواصلة تعليمها مع الأفراد العاديين على أن يكونوا في الصف الأمامي.

أما المجموعة الثانية فيجب أن تقدم لأعضائها أجهزة لمساعدتهم على السمع على أن يبقوا مع الطلاب في الفصول العادية. أما الفئة الثالثة فلابد من عزلها عن باقي المجموعات ووضعها في فصول خاصة (**مصطفى فهمي وآخرون، 1988**).

د- خصائص كلام الطفل ضعيف السمع:

يتميز كلام الطفل الأصم بعدم الوضوح لدى سماعه وقد يكون السبب عائداً إلى عدم تمكنه من سماع الكلمات منطوقة نطقاً صحيحاً وبالتالي يخطئ بدوره في نطقها وتوزيع النبرات حسب حروفها من حيث المد والضغط على الحروف بينما تكون قراءته الجهرية رديئة ويكثر فيها بتر الكلمات وخطأ النطق وتشويه النغمات الصوتية لحروف المد. كما يتميز ضعيف السمع بعدم قدرته على التحكم في الفترات الزمنية التي يجب أن تفصل بين الكلمات. فقد يحدث أن ينطق كلمة لوحدها ثم كلمتين أو ثلاث كلمات متتالية، أي أن يقرن الكلمات ببعضها أثناء حديثه مع غيره (**منير كامل ميخائيل وآخرون، 1984**).

هـ- أعراض ضعف السمع:

1- يميل الطفل رأسه ويدير أذنه نحو المتكلم أو يضع يده وراء أذنه كامتداد لصيوان الأذن حتى يسمع الصوت بشكل أفضل.

2- يبدو عليه الشرود وعدم الانتباه في الفصل ويحتاج إلى تكرار النداء قبل أن يستجيب له.

3- يظهر عدم التعبير على وجهه عند الكلام معه ويبدو عليه التوتر عند الاستماع.

4- يلاحظ وجه وشفاه المتكلم عن قرب، ويفصح في أغلب الأحيان عن الارتباك بخصوص كيفية القيام بالواجبات التي سبق للمعلم شرحها.

5- توجد لديه صعوبة في نطق الكلمات وتكون قراءته الجهرية رديئة ويقرن الكلمات عند الكلام.

6- عادة ما يتكلم بصوت أعلى من اللازم، وكثيراً ما يضع إصبعه في أذنه.

و- تأثير ضعف السمع على التحصيل والسلوك:

1- أثر ضعف السمع على التحصيل الدراسي: يصعب على الطفل ضعيف السمع متابعة الدروس بنجاح وخاصة الدروس التي تعتمد اعتماداً أساسياً على خاصة السمع. وكلما زاد ضعف السمع زادت الصعوبات في متابعة الدراسة. ويؤثر هذا التأخر الدراسي على شعور التلميذ المصاب بضعف السمع نحو مدرسته وزملائه ومعلميه، كما يؤثر على إتمام تعليمه بعد السن العادية. أما المصاب بضعف السمع التدريجي فإنه بمرور الزمن يظل في حيرة من أمره ولا يعرف ما يحدث له.

وقد لا يصرح بذلك لوالديه ومعلميه ويزداد مع الوقت فشله وعدم قدرته على سماع التعليمات بصورة واضحة ويسيء فهم وتفسير ما يقوله الآخرون، وبذلك تكثر أخطاؤه ويتغير سلوكه.

2- أثر ضعف السمع على السلوك: عادة ما يبدو ضعيف السمع في نظر الآخرين مهملاً غير منتبه لما حوله، متمركزاً حول نفسه، غير مهتم بالآخرين وخجولاً وغبياً ومشغولاً بنفسه. كما أنه يشعر بالانقباض واليأس أحياناً وبالشك وعدم الثقة بالآخرين، وإن ردود أفعال معلميه وزملائه تبدأ من هذا المنطلق.

وتغلب على ضعيف السمع الحساسية أكثر من غيره للمشاكل التي يواجهها ويبدو أقل اتزاناً في عواطفه مقارنة بالأسوياء. فكلما زاد ضعف السمع زادت احتمالات عدم التكيف.

ز- تأهيل ضعاف السمع وتدريبهم:

تقوم كل من الأسرة والمدرسة والمؤسسة الاجتماعية والصحية بدور هام في تأهيل ضعاف السمع وتدريبهم ومساعدتهم على التكيف مع الحياة ونوضح ذلك فيما يلي:

- **دور المنزل:** يلعب المنزل دوراً هاماً في تدريب الأطفال ضعاف السمع بما في ذلك الصم ولذلك ينبغي أن يقوم المنزل بالمهام والواجبات التالية في هذا المجال.

1- الاهتمام بانتقاء المربيات ممن حسن نطقهن وسلمن من عيوب الكلام.

2- الاهتمام بالنطق وخاصة في مرحلة التقليد اللغوي - الطفولة المبكرة - وذلك بعدم نطق كلمات محرفة مثل: بابي - دادي - وغيرها من الألفاظ.

3- تدريب حواس الطفل وتنمية إدراكاته الحسية بالألعاب المختلفة لتمييز الألوان والأشكال والأحجام والنعومة والخشونة والصلابة والسيولة وغيرها.

4- تشجيع الطفل على اللعب الحر والتلقائي لأن ذلك يؤدي إلى تنبيه أعضاء المخ.

5- تشجيع الطفل على الألعاب اللفظية الحرة وفق استعداداته وقدراته.

6- عدم التدليل الزائد للطفل.

7- توجيه إخوته إلى عدم معايرته أو الخجل منه أو إطلاق تسميات عليه.

8- التكلم بوضوح أمام الطفل بيسر وسهولة وخلق مجالات للحديث الودي.

9- تشجيع الطفل على الكلام وتقليد الأصوات المختلفة.

10- البدء بالحروف المتحركة ثم الساكنة.

- **دور المعلم:** يستطيع المعلم مساعدة ضعاف السمع بوضع تدريبات وبرامج خاصة تتناسب مع إعاقتهم وتهدف للتقليل من آثارها السلبية وتعمل على تقدم الطفل وتكيفه وثقته بنفسه. ويمكن للمعلم أن يراعي النقاط التالية:

أ- يضع الأطفال المصابين بضعف سمع بسيط في درجته في المقاعد الأمامية حتى يتمكنوا من سماع ما يقوله المعلم.

ب- يشجع ضعيف السمع على أن يكون صريحاً وأن يعبر عن خلجاته وعدم فهمه لموضوع الدرس.

جـ- يشجع ضعيف السمع على تنمية هوايات جديدة وعلى الاختلاط مع الآخرين من الزملاء والمساهمة في الفعاليات والأنشطة الاجتماعية.

د- مراعاة وضوح كلامه وخروجه بنغمة طبيعية. فلتقليد الطفل لمعلمه ومحاكاته له أهمية كبيرة في تعليم النطق الصحيح. فمن الملاحظ أن هناك بعض المعلمين والمعلمات لا يراعون النطق الصحيح ويقومون بإضعاف بعض الحروف أو قلبها أو عدم نطقها دون أن تكون لديهم عيوب كلامية وربما يكون السبب في ذلك هو استخدامهم للهجة محلية ومثل هؤلاء المعلمين يكونون سبباً مباشراً في نقل عيوب النطق والكلام.

- **دور المؤسسات الاجتماعية الصحية:** يتمثل هذا الدور بشكل رئيسي في توفير مقويات الصوت ومساعدة المعوق على استعمال مقويات الصوت بشكل فعال. والغرض من استعمال مقويات الصوت هو توصيل الصوت إلى الشخص ضعيف السمع بعد تكبيره حتى يستطيع سماعه. وتتكون مقويات الصوت (الفردية والجماعية) من ثلاثة أجزاء رئيسية هي: الميكرفون وهو الجهاز الذي يلتقط الأصوات - مكبر الصوت ويقوم بعملية تكبير الأصوات التي يلتقطها الميكروفون، والسماعات وهي تنقل الأصوات التي كبرت إلى الأذن. ومن البديهي أن ضعاف السمع أو الصم الذين بهم بقية سمع يستفيدون من هذه الأجهزة أما الصم الذين لا يسمعون إطلاقاً فلا يستفيدون منها.

ثانياً: الإعاقات البصرية

مقدمة عن حاسة البصر والعين:

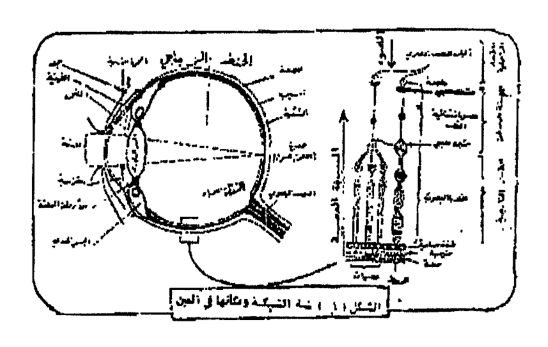
إن حاسة البصر كالسمع تتميز باستقبال انطباعات بعيدة المدى بحيث لا يكون إدراكنا للبيئة قاصراً على الإلمام بالبيئة الخارجية والداخلية المتصلة بنا اتصالاً مباشراً وإنها تجعلنا ندرك موضع ذواتنا بالنسبة للمكان والأشياء الأخرى. وأهم الأجزاء المتعلقة بحاسة البصر هي:

1- **العين**: وهي كروية الشكل تعرف بالمقلة. وتوجد داخل تجويف خاص بالجمجمة يسمى بالحجاج، وترتبط بست عضلات تعمل على تحريكها في اتجاهات مختلفة. وتحاط المقلة بجفنين أحدهما علوي والآخر سفلي وكل منهما يغطى بغشاء يعرف بالملتحمة. ويوجد بحافة كل جفن شعر دقيق يعرف بالرموش وهي تحمي العين من الأتربة. وتتكون المقلة من طبقة سميكة بيضاء تعرف بالصلبة، وظيفتها حماية الأجزاء الداخلية للعين ويمتد منها من الأمام جزء شفاف يسمى القرنية، وهي تسمح بمرور الأشعة الضوئية إلى الداخل.

ومن الداخل توجد طبقة من الخلايا بها مادة سوداء تتخللها شعيرات دموية لتغذية العين وتسمى هذه الطبقة بالمشيمة ويبرز منها إلى الأمام جسم على شكل حلقة يعرف بالجسم الهدبي، تخرج منه أربطة تتصل بحافة العدسة. والعدسة جسم مستدير مرن محدب السطح وظيفته جمع الأشعة الضوئية على الشبكية التي تمثل الفيلم الحساس من آلة التصوير وهي طبقة رقيقة داخلية لكرة العين وتحوي الأعضاء النهائية الحسية للإبصار. وتحوي الشبكية خلايا متخصصة لا يوجد مثيل لها في أي عضو من أعضاء الجسم.

وأمام العدسة يوجد غشاء مستدير يسمى القزحية يحتوي على مواد ملونة تكسب العين لونها الخاص. وفي وسط القزحية فتحة مستديرة تعرف بالحدقة. وتتكون القزحية من ألياف دائرية طولية تعمل على توسيع وتضييق الحدقة وذلك لتحديد كمية الضوء الداخلة للعين. ويطلق على الحيز الموجود بين القزحية والقرنية اسم القرفة الأمامية وتحتوي على سائل رقيق يعرف بالسائل المائي وعلى الحيز الموجود بين القزحية والعدسة اسم القرفة الخلفية وتحتوي على سائل ملحي.

2- **العصب البصري:** يخرج من الشبكية وينتهي بالساحة البصرية من النصف الكروي للدماغ. وتقوم العين والعصب البصري مع المراكز أو الساحة البصرية في الجملة العصبية بوظيفة الإبصار حيث يتم الإبصار عندما تستقبل عدسة العين الأشعة الضوئية من المرئيات فتنكسر على سطحها وتتجمع على سطح الشبكية. وتتكون بذلك صورة مقلوبة ينقلها العصب البصري إلى الساحة البصرية بالدماغ.



الشكل رقم (1): الشبكية ومكانها في العين

من هم المعوقون بصرياً؟

يعرف المعوق بصرياً في الولايات المتحدة الأمريكية بأنه الشخص الذي نقصت درجة إبصاره عن 200/20. وفي معظم البلاد العربية يعرف بأنه الشخص الذي نقصت درجة إبصاره عن 60/3 (أي 200/10 بالمقياس الأمريكي) وسندرس فئتين من المعوقين بصرياً هما المكفوفون وضعاف البصر.

1- المكفوفون:

أ- تعريف المكفوفين وتصنيفهم:

يمكن تعريف الشخص الكفيف بأنه من لا يستطيع أن يعتمد على حاسة الإبصار - لعجز فيها - في أداء الأعمال التي يؤديها غيره باستخدام هذه الحاسة. وتنقسم مجموعة المكفوفين إلى قسمين رئيسين. فهناك المكفوفون تماماً وهناك المكفوفون جزئياً. والكفيف كلية هو ذلك الشخص الذي لا يستطيع أن يبصر إطلاقاً أو الشخص الذي لا تزيد حدة إبصاره عن 200/20 في أقوى العينين باستخدام مقياس «سنلن Snellen»:

ويمكن تقسيم المكفوفين إلى أربعة أقسام:

1- مكفوفون كلياً ولدوا أو أصيبوا بعجز وهم قبل سن الخامسة.

2- مكفوفون كلياً أصيبوا بهذا العجز بعد سن الخامسة.

3- مكفوفون جزئياً ولدوا أو أصيبوا بهذا العجز قبل سن الخامسة.

4- مكفوفون جزئياً ولدوا أو أصيبوا بهذا العجز بعد سن الخامسة.

وفي هذا التقسيم اتخذ سن الخامسة أساساً لتقسيم المكفوفين إلى قسمين للافتراض بأن الطفل الذي يفقد بصره قبل سن الخامسة لا يستطيع أن يحتفظ بالصور البصرية لما كان يرى عندما يكبر. ولا شك أن هذه المجموعات الأربع من المكفوفين تحتاج إلى

خدمات تختلف عن الخدمات التي تقدم إلى العاديين. كما أن كل مجموعة منها تحتاج إلى خدمات تختلف عما تحتاجه المجموعات الأخرى وعليه ينبغي مراعاة ذلك في التربية الخاصة.

ب- الخصائص النفسية للمكفوفين:

يذكر شكسبير (1975) عدداً من الخصائص منها ما يلي:

1- يعتمد الشخص الكفيف اعتماداً كبيراً على حاسة السمع في إدراك ما يحيط به. وتحتل الخبرات السمعية المركز الأول بين أنواع الخبرات التي يحصل عليها الكفيف، فالسمع يعطي فكرة عن مقدار بعد الشيء واتجاهه ولكنه لا يعطي أي معلومات عن طبيعة الشيء وفائدته الأساسية. وبذلك تنحصر فائدة السمع عند الكفيف في التفاهم وتبادل المعلومات الشفهية.

2- تحتل حاسة اللمس المركز الثاني عند الكفيف من حيث قيمتها، فعن طريقها يكتسب كثيراً من الخبرات اللمسية، علماً أن الإدراك عن طريق اللمس محدود المدى ولا يتعدى طول الذراعين.

3- الميل إلى تقبل المساعدة نتيجة الصعوبات الكثيرة التي تواجهه فيلجأ إلى طلب مساعدة الآخرين مما يهدد شخصيته وإما أن يسلك سلوكاً عدوانياً عندما لا يتقبل عجزه ويرفض المساعدة التي تقدم إليه. وكلا الاتجاهين لا يساعدانه على التوافق السليم مع المجتمع. ولذلك ينبغي في عملية تربية المكفوفين أن يدربوا على الاعتماد على النفس وعلى أن يتقبلوا المساعدة التي تقدم إليهم في مواقف معينة وأن لا يتعودوا على طلب المساعدات في كل المواقف.

4- يؤدي فقدان البصر إلى فصل الفرد عن البيئة التي يعيش فيها مما يؤثر في نموه النفسي إلى حد بعيد. ولا يستطيع الكفيف اكتساب أنماط السلوك التي يكتسبها الطفل المبصر بسهولة عن طريق التقليد والمحاكاة.

5- كثيراً ما يشعر الكفيف بالخوف من مراقبة المبصرين، مما يجعلـه قلقـاً متـوتراً. ولذلك نجده دائماً متحرجاً ومتردداً من المواقف الاجتماعية.

6- يتمتع الكفيف بذاكرة تفوق ذاكرة الشخص العادي.

7- يكون التوافق الشخصي والاجتماعي للمراهقين المكفوفين منخفـضاً بالنـسبة للمبصرين ويكون توافق البنات أكثر من الأولاد.

جـ- نظرة الآباء والمجتمع إلى الطفل الكفيف ومواقفهم منه:

لقد أظهرت دراسات الحالات وجهات النظر التالية:

1- ينظر بعض الآباء إلى طفلهما الأعمى كنوع من العقاب الإلهي لهم.

2- تعد إصابة الطفل بالعمى عيباً وخزياً شخصياً للوالدين.

3- قد تعزى الإعاقة إلى مشاعر الذنب التي قد ترجـع إلى أشـياء ضـارة ارتكبهـا الآباء كالإهمال أو الاعتداء على الآخرين أو محاولة الإجهاض.

4- هناك خوف لدى بعض الآباء من أن يشتبه في إصابتهم بأحد الأمراض الخطيرة.

ونتيجة لذلك يرى عبدالسلام عبدالغفار ويوسـف الـشيخ (1988) أن الوالـدين يتبعان أحد الأنماط السلوكية الآتية:

1- **تقبل الطفل وعجزه**: وفي هذه الحالة يتقبل الأبوان العجز على نحو موضوعي ولا يعبران عن ثورتهما ضد ناحية العجز.

2- **إنكار العجز وعدم الاعتراف به**: ليس للعجز في هذه الحالة أي أثر انفعالي على الأبوين ويبدو سلوكهما كما لو كان الطفل غير معوق. ولا يتقبلان قصوره أو يعترفـان به فلديهما أفكاراً طموحة بالنسبة للطفل ويصران على مستوى عالى من الإنجازات.

3- **الحماية الزائدة:** حيث قد يسيطر على الأبوين الشعور بالشفقة الذي يتمثل من إفراطهما في العطف على الكفيف والمبالغة في حمايته.

4- **النبذ المقنع:** يعتبر العجز عيباً وخزياً في هذه الحالة ويظهر الاتجاه السالب نحو الطفل وكذلك الاستياء منه بطريقة مستهترة.

5- **النبذ الصريح:** حيث يكره الوالدان طفلهما الأعمى في هذه الحالة بطريقة واضحة صريحة ويحسان بمشاعر عداوتهما نحوه ولكنهما يلجآن إلى أساليب دفاعية لتبرير مثل هذه المشاعر.

د- تأهيل المكفوفين ورعايتهم:

للطفل الكفيف حق التربية والتعليم مثل زميله المبصر وذلك انطلاقاً من مبادئ الشرائع الدينية السماوية السمحاء التي تؤكد مبدأ تكافؤ الفرص بين جميع الأفراد ولا فرق في ذلك بين غني وفقير، سويّ أو معوق، فالكل يستطيع أن يشارك في تحديث وبناء الوطن حسب ما تسمح به قدراته. وعلى أي نظام اجتماعي في أي دولة أن يُعنى برعاية المكفوفين وإعطائهم الحق في التربية والتعليم كغيرهم من المبصرين لإعدادهم للحياة المستقلة اقتصادياً واجتماعياً.

وتأهيل المكفوفين والعناية بهم يمر بعدة مراحل هي: الأسرة، المدرسة، والتدريب المهني.

1- **دور الأسرة في تربية الطفل الكفيف:** لقد ثبت علمياً أن سلوك الفرد يتأثر بالبيئة الأولى التي يحتك بها وأن شخصية الإنسان تتشكل تبعاً للخبرات التي يمر بها وما يستجد بعد ذلك من شخصيته يكون مرتبطاً إلى حد كبير بطفولته التي تعتبر أساساً لشخصيته. وهذه الحقائق يتساوى فيها الطفل الكفيف والطفل البصير. ولكي تتمكن الأسرة من القيام بواجبها نحو الطفل الكفيف يستلزم الأمر أن نعي الاتجاهات الآتية:

– تقبل الإعاقة وبالتالي تقبل الكفيف والتسليم بالأمر الواقع.

– معاملة الطفل الكفيف معاملة عادية مثل غيره من إخوته الأطفال وعدم التأثر بكف البصر في تغيير المعاملة الطبيعية.

– الإلمام بأسس واتجاهات الرعاية التربوية والسيكولوجية والاجتماعية للطفل الكفيف. ويفضل أن يكون لدى الأسرة دليل تربوي يعمل كموجه في تربية الطفل الكفيف.

– مساعدة الطفل في تنمية قدراته وحواسه لكي تنمو نمواً طبيعياً وحتى يتمكن من الشعور بذاته والاعتداد والثقة بنفسه ويستطيع بذلك أن يتكيف تكيفاً اجتماعياً سليماً.

2- دور المدرسة في تربية الطفل الكفيف: من الاتجاهات التربوية المعاصرة وضع المكفوفين في مدارس ومعاهد خاصة إذ أن وضع الكفيف في مدرسة خاصة يوفر له بيئة تربوية وتعليمية مناسبة لظروف إعاقته ومجتمعاً صغيراً يضمه مع زملائه المكفوفين الأمر الذي يساعد على تحريره من تأثير الشعور بالنقص ويطمئن فيه إلى الوسط المحيط به ومن ثم يتقبل ذاته. كما أن اتجاهاً آخر هو اتجاه الفصول الخاصة التي تتوفر فيها الإمكانيات والخدمات الخاصة بالمكفوفين، ولأجل اندماج الكفيف في عالم المبصرين يراعى أن تطبق نفس المناهج المطبقة في مدارس التعليم العام مع تطويرها بما يتناسب مع خصائص الإعاقة البصرية وقدرات وحواس الكفيف الباقية.

وتستخدم في التدريس بمعاهد المكفوفين نفس طرق التدريس بالتعليم العام التي تتناسب مع ظروف المكفوفين مثل الطريقة الإلقائية وطريقة الوحدات أو الطريقة الاستنتاجية (في تدريس العلوم) أما الوسائل التعليمية فتلعب دوراً هاماً في تعليم المكفوفين.

فالنماذج والخرائط البارزة بأنواعها (الكرة الأرضية البارزة - صندوق الرمل - الكتب الصوتية والتسجيلات والأسطوانات) تعد ضرورية لتعلم الكفيف.

ولنجاح العملية التعليمية يجب أن يعد معلم المكفوفين إعداداً خاصاً حتى يكون ملماً بأسس العملية التعليمية وطرقها ووسائلها المعينة وإجادة طريقة برايل قراءة وكتابة وطريقة تيلر لمادة الرياضيات بجانب الإعداد النفسي والتربوي حتى يستطيع تقديم الرعاية التربوية والنفسية وتوجيه الكفيف إلى التكيف والتوافق النفسي والاجتماعي.

ويفضل في تعلم الطفل الكفيف أن يقضي فترة بالقسم الداخلي لأن لهذه الفترة تأثيراً إيجابياً على شخصية الكفيف. فهي فترة إعداد للحياة المقبلة في العالم الخارجي. كما ينبغي تدريبه للتغلب على الصعوبات التي تقابله وعلى التحديات التي تواجهه. ويجب إكسابه السلوك الصحيح للتعامل مع الغير. وبهذا تسعى المدرسة الداخلية إلى أن تكون بمثابة الأسرة البديلة للكفيف وصورة مصغرة للمجتمع الخارجي يتعود فيها الكفيف إقامة صلات طيبة وبناء روابط سليمة وإيجاد اندماج مع الآخرين.

3- **دور الإعداد المهني للكفيف:** تهدف تربية المكفوفين إلى إعداد الكفيف ليكون مواطناً صالحاً كغيره من المبصرين. لقد أجمع الرأي على أن تدريب الكفيف مهنياً يحقق هذا الهدف. وتتلخص أهمية ذلك في الحقائق الآتية:

- إن العمل بالنسبة لفاقد البصر يعتبر أحسن علاج للتكيف النفسي له ويعتبر أفضل صورة لرعايته المطلوبة والضرورية له.
- يعطي العمل الكفيف شعوراً بالثقة والاعتداد بالنفس.
- إن نجاح الشخص المعوق بصرياً في عمله يعني إخراجه من صراعه مع الظلام والتخلص من حالته النفسية المتغيرة وتوجيهه إلى الاستقرار النفسي.

- يعتبر العمل بالنسبة للكفيف ضرورياً ليس فقط لحاجة مادية ولكن لحاجة معنوية أيضاً.

فالتأهيل المهني لا يمثل للكفيف ضرورة اقتصادية من المرتبة الأولى ولكنه واجب أدبي من المجتمع نحو فئة من أبنائه. (خواسك، 1991).

2- ضعاف البصر:

أ- من هو ضعيف البصر؟

ضعيف البصر هو الذي تقع حدته البصرية بين 70/20 و 200/20 حسب مقياس لوحة «سنلن Snellen» وذلك بالنسبة للعين الأحسن وبعد تقديم الخدمات الطبية والمساعدات البصرية. ويلاحظ أن الطفل الذي تقل حدة إبصاره عن 70/20 لا يستطيع قراءة الحروف في الكتب العادية المستعملة في المدارس إلا بجهد عنيف.

ب- فئات ضعاف البصر:

جرت العادة تقسيم هؤلاء الأطفال إلى مجموعتين:

الأولى: حالات الضعف الثابتة.

الثانية: حالة الضعف الطارئة.

وتشمل المجموعة الأولى، كل من كانت حدة بصره في أحسن العينين بين 70/20 و 200/20 مع استعمال النظارة. أما ما دون ذلك فيعتبر من فئة المكفوفين. كما تشمل هذه المجموعة بعيوب بصرية منها قصر النظر، وانحراف النظر. وتشمل الثانية أولئك الأطفال الذين يعانون ضعفاً مؤقتاً في إبصارهم نتيجة التعرض لأمراض العين المختلفة أو إلى الجروح والإصابات والكدمات التي تصيب العين أو إلى الصدمات النفسية وهذا النوع من الضعف يزول بزوال السبب.

جـ- الكشف عن ضعاف البصر:

هناك اختبارات متعددة يمكن أن يستخدمها المعلمون للكشف عن ضعاف البصر من بين التلاميذ منها اختبار البصر بصحائف عليها علامات أو حروف مرتبة في سبعة أسطر تحت كل منها المسافة التي يراها أصحاب النظر الطبيعي مقدرة بالأمتار والأقدام. ويمكن التعبير عن قوة البصر لدى فرد معين بالطريقة الآتية:

جعل عدد الأقدام المقابلة لآخر سطر قرأه المفحوص صواباً مقاماً وبسطه، فإذا فرضنا على سبيل المثال أن الشخص المُخْتبَر لم ير إلى الصف الرابع كان معنى هذا أن قوته البصرية 40/20، ويستخدم جهاز للمسح البصري يطلق عليه أحياناً مصطلح (تيليبينو كيولن) Telebinoculan وهو يحدد القدرة البصرية للطفل بطريقة شاملة، ولا يقتصر فقط على اكتشاف هؤلاء الأطفال بل يستطيع أن يقيس ما هو معروف بنسبة عدم التوازن الجانبي وخلط النقط البعيدة وهكذا.

د- عيوب البصر:

تعتمد حدة البصر على قدرة العين على الرؤية السليمة الواضحة مما يلزم وقوع الصورة على الشبكية بشكل صحيح. ولكن في بعض الحالات لا تستطيع العين الرؤية بشكل صحيح وواضح وذلك لأن عدسة العين لها ما يسمى بالبعد البؤري وهو المسافة بين العدسة ونقطة تجمع الأشعة الضوئية المنكسرة على الشبكية.

فإذا تشكلت الصورة على الشبكية تماماً كان البصر سليماً وصحيحاً، أما إذا تشكلت أمامها أو خلفها بقليل فإن البصر يتشوش ويهتز مما يستلزم استخدام العدسات الزجاجية والعدسات اللاصقة لتصحيح هذه الأخطاء.

ومن هذه العيوب ما يلي:

1- قصر النظر: وفيه تتكون الصورة المرئية أمام الشبكية نتيجة لفقدان كرة العين

لتكورها وامتدادها قليلاً إلى الأمام مما يجعل تجمع الأشعة الضوئية المنكسرة أمام الشبكية فيرى الشخص الصورة غير واضحة ومشوشة. ويصحح قصر النظر باستخدام العدسات المقعرة.

2- طول النظر: وفيه تتكون الصورة المرئية خلف الشبكية عكس قصر النظر ويصحح طول النظر باستخدام العدسات المحدبة.

3- الاستجماتزم: حالة لا تتجمع فيها الأشعة الضوئية الداخلة للعين في بؤرة بل تتجمع على شكل خط لأن الأشعة الداخلة للعين في المستوى الأفقي تنحني أكثر من الأشعة الضوئية الداخلة للعين في المستوى الرأسي.

ويعزو ميخائيل وآخرون (1984) عيوب البصر إلى أسباب وعوامل وراثية أو بيئية ويمكن عن طريق الفحص والتشخيص ودراسة تاريخ الأسرة وظروف الإصابة تحديد مدى تأثير البيئة والوراثة ودورهما في ظهور هذا الضعف.

هـ- أسباب ضعف البصر:

من أهم أسباب ضعف البصر ما يلي:

1- إصابة الطفل وهو جنين في بطن أمه بعيوب خلقية في بصره، إلا أن ذلك لا يعني أن أسباب الإصابة وراثية فقط، فقد ترجع الإصابة إلى عوامل تتعلق بالظروف البيئية المحيطة بالأم إذ تكون بعض هذه العيوب البصرية ناتجة عن التهابات أو إصابة بالعدوى.

2- أوضحت بعض الدراسات أن إصابة الأم بمرض الحصبة الألمانية أثناء الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل قد يؤدي إلى إصابة الجنين في بصره بأمراض مختلفة أبرزها مرض عتمة العين. وفي كثير من الحالات لا تكون العين هي مصدر المرض إنما تكون حالة أعراض لمرض آخر لا يكون المريض قد اكتشفه من نفسه. ومن هذه الأمراض: السكر، ضغط الدم، واليرقان ... الخ.

3- إصابة البصر نتيجة لتعرض الملتحمة إلى جرح أو إصابتها بعدوى مما يؤدي إلى التأثير على البصر وإضعافه.

4- تعرض الشبكية أو العصب البصري إلى الإصابة ببعض الأمراض التي تؤدي إلى إعاقة البصر وضعف قوته أو فقده كلية كالالتهاب الشبكي.

5- إصابة كرة العين أو أي جزء آخر مما يسبب خللاً في وظيفته أو وجود سحابات بالقرنية تحجب الضوء من دخول العين.

6- الإصابة بالصدمات النفسية قد تؤدي إلى ضعف البصر.

7- الأضرار التي يصاب بها العصب البصري كأن ينقطع نتيجة حادث فيتعذر بذلك وصول الإحساس البصري من الشبكية إلى المراكز الحسية من الدماغ.

8- قد يكون الحَوَل من أسباب ضعف البصر لأنه يجعل أحد العينين موضع استعمال أكثر من الأخرى وبالتالي يضعف إبصارها.

9- المياه البيضاء من أحد أسباب ضعف البصر وتسمى بالكتاركتا وهي تصيب عدسة العين بعتامة تختلف درجتها من حالة إلى أخرى.

10- المياه من أحد أسباب ضعف البصر ويطلق عليها اسم الجلوكوما وتسبب ارتفاع الضغط داخل العين. وهذا المرض سببه وجود عيب خلقي في العين يجعل السائل داخلها لا يصرف جيداً فيرتفع ضغط العين. (برور، 1979).

و- تعليم ضعاف البصر وتأهيلهم:

أدى الاهتمام برعاية ضعاف البصر وتعليمهم إلى ظهور اتجاهات تربوية مختلفة حول وضع ضعاف البصر من المدارس ومن هذه الاتجاهات ما يلي(شميد، 1977):

1- اتجاه يفضل وضع ضعاف البصر في فصول خاصة بهم ملحقة بمعاهد المكفوفين.

ويرى هذا الاتجاه أن بعض الخدمات التي يحتاج لها ضعاف البصر يحتاج لها المكفوفون وأن هيئة التدريس المتخصصة في ميدان تربية المعوقين بصرياً هي نفسها هيئة التدريس المتخصصة التي تقوم بتدريس ضعاف البصر. كما أن بعض هؤلاء التلاميذ نظراً لضعف بصرهم الشديد 60/6 قد يحولون إلى فصول المكفوفين فلا يشعرون بالفارق الكبير في عملية الانتقال إلى هذا النوع من التعليم.

2- اتجاه يفضل وضعهم في فصول خاصة ذات تجهيزات خاصة ملحقة بالمدارس العادية حيث يسمح للطفل بالتحرك من حين لآخر ليشارك زملاءه الأسوياء في نشاطهم الذي لا يحتاج إلى مجهود بصري مثل حصص التربية الموسيقية والتربية الزراعية أو التدبير المنزلي، وهكذا يقتصر استعمال الفصل الخاص للدروس التي تحتاج إلى نظر سليم.

3- اتجاه يرى وضعهم في فصول عادية للأسوياء مع السماح لهم بمزاولة النشاط الذي يحتاج لعناية خاصة في فصول خاصة بهم. ويقوم هذا الرأي على زيادة دمج الطفل ضعيف البصر بالأسوياء ومساعدته على إبراز وتقوية ما عنده من قدرات وميول.

4- اتجاه يفضل وضعهم في فصول خاصة بهم تتوفر فيها هيئة التدريس المتخصصة والتجهيزات اللازمة والمناسبة لضعاف البصر.

ومهما اختلفت وجهات النظر فإن التلميذ ضعيف البصر هو أولاً وآخراً تلميذ مبصر يجب أن تعد برامجه وخططه على أساس إعداده للحياة في مجتمع المبصرين مع المحافظة على ما تبقى له من بصر. كما أن وضعه في الفصول العادية قد يؤدي إلى إضعاف قوته البصرية الباقية بجانب تخلفه الدراسي. وفي رأينا أن أفضل هذه الاتجاهات هي التي تهدف إلى وضع التلاميذ ضعاف البصر في فصول خاصة بهم تحتوي على التجهيزات والأدوات التعليمية المناسبة وإشراكهم في النشاطات والدراسات العملية مع التلاميذ العاديين.

ومن الصعوبات التي تواجه المسؤولين أن عدد ضعاف البصر في المدرسة الواحدة يكون قليلاً إلى درجة لا تسمح بأن تنشأ لهم فصول خاصة. ولذا يمكن تجميعهم في إحدى المدارس ذات المواصفات الخاصة من حيث الموقع وسعة المدرسة وما يتوفر فيها من حجرات ...الخ. ويجب أن نسجل وبطريقة دورية كل ما يتعلق بحالتهم البصرية وعلى المدرسين كتابة تقارير عن حالات الإصابة في البصر لدى تلاميذهم في الفصول العادية. ومن هنا يجب أن يكون المدرسون على دراية كاملة بالدلائل التي ترشدهم إلى مثل تلك الحالات حتى يستطيعوا الكشف عن ضعاف البصر في الفصول العادية. ومن هذه الدلائل:

- إغلاق الطفل لأحد عينيه أو حجبهما.
- تحريك الرأس إلى الأمام إذا أراد النظر إلى الأشياء القريبة أو البعيدة.
- وجود صعوبة في القراءة أو القيام بأي عمل يحتاج إلى الاستخدام القريب للعينين.
- تحريك العينين أكثر مما هو مألوف.
- عدم القدرة على مزاولة الألعاب التي تحتاج إلى رؤية بعيدة.
- إذا توافرت الزائرات الصحيات بالمدرسة فإنهن يستطعن إجراء الفحص المبدئي لكل الأطفال.

أما إذا كان هناك عجز في وجود هؤلاء الزائرات فإن طبيب العيون يستطيع أن يوجه هيئة التدريس إلى المبادئ الأساسية في استخدام لوحة (سنلن) Snellen ويجب عرض الحالات التي تستدعي ذلك على الطبيب.

والطريقة المثلى هي أن يكون هناك فحص طبي لكل الأطفال قبل الالتحاق بالمدرسة ومن الأهمية بمكان فحص الأطفال الذين استمروا في الرسوب. ففي دراسة

أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية، تم فيها فحص أربعمائة من التلاميذ الذين أظهروا تخلفاً في تحصيلهم الدراسي وجد أن مائة وعشرة منهم محتاجون إلى نظارات طبية. وعندما استعمل مائة منهم النظارات أحرزوا تقدماً باهراً في تعليمهم وتحصيلهم الدراسي.

ز- كيفية إدارة فصول ضعاف البصر والشروط التي يجب توفرها فيها:

1- الإدارة: وهناك طريقتان لإدارة هذه الفصول:

الأولى: أن تكون لها إدارة خاصة بها بمعنى أن لا تكون دوراتها تابعة للمدرسة الملحقة بها. ولهذه الطريقة بعض المزايا في تنظيم العمل والسير به في الطريق الذي يحقق نتائج حسنة، إذ تتوفر للمدرس الحرية في استعمال الطرق والوسائل التي تكفل له النجاح دون التقيد ببرنامج الدراسة في المدرسة العادية.

الثانية: أن يسمح باشتراك تلاميذ الفصل الخاص مع التلاميذ العاديين في العلوم التي لا تحتاج إلى إجهاد العين بينما تدرس العلوم التي يتوقف التقدم فيها على استعمال العين كالمطالعة والإملاء والكتابة في فصل خاص وتستعمل معهم طرق ووسائل خاصة تتفق مع عيوبهم البصرية. ومن مزايا هذه الطريقة هي ما تقدمه من العناية بضعاف البصر في الأعمال الشفوية والعلوم التي تقوم على أعمال الفكر والتذكر مما يشعر التلاميذ بأنهم فئة غير منعزلة، ويترتب على ذلك عدم شعورهم بالنقص أو المذلة أو عدم التشجيع.

2- الشروط الواجب توفرها في فصول ضعاف البصر:

هناك عدة شروط يجب مراعاتها عند إعداد فصول ضعاف البصر منها:

- **الضوء الطبيعي:** يجب أن تعد الحجرة الدراسية إعداداً خاصاً يسمح بدخول أكبر كمية من الضوء الطبيعي مع مراعاة مصدر الضوء وجلوس التلميذ حتى لا يقع الظل على الورق.

- **لون جدران الحجرة:** يتوقف هذا اللون على مناخ الإقليم. وقد ثبت في المناطق المعتدلة أن اللون المناسب لحجرة الدراسة هو أن تطلى جدرانها باللون الأبيض وسقفها بلون الكريم فهذا اللون له قيمة انعكاسية ممتازة بحيث أنه لا يمتص الضوء كالألوان الفاتحة.

- **الأثاث:** يجب أن تختلف مقاعد الفصول الخاصة لضعاف البصر عن مقاعد الفصول العادية، فيستحسن أن يكون المقعد في الفصول الخاصة منفرداً ومتحركاً بالإضافة إلى ذلك يجب أن تكون السبورة مكونة من ثلاثة أجزاء ومتحركة حتى تحقق مستويات نظر أفضل.





الفصل الثالث

مقدمة في الإعاقات الكلامية

An Introduction to Speech Blocking

الفصل الثالث

مقدمة في الإعاقات الكلامية

An Introduction to Speech Blocking

يذكر سعد رزوق (1979) أنه يقصد بالإعاقة الكلامية توقف الأفكار أو إعاقتها أو احتباسها، إذ يتوقف الشخص فجأة عن الكلام دون أن يفقد شعوره ويشعر الشخص في نفس الوقت بخواء فكره خلال فترة الإعاقة، ثم يعود للكلام من جديد وإن كان غالباً ما ينتقل لموضوع آخر.

ويمكن أن تعتبر الإعاقة ظاهرة إنسانية تحدث في مواقف حياتية سوية كنتيجة للعمليات اللاشعورية، كما يحدث أحياناً في نسيان الأسماء وغيرها، أو في توقف المستدعيات فجأة، مما يشير إلى إعاقة انفعالية عندما تحول العمليات الأولية دون خروج المستدعيات أو الفكرة إلى الشعور. وقد تخرج الفكرة بعد ذلك محرّفة أو مجرّدة من شحنتها الانفعالية وتكون بديلاً عن الفكرة المعاقة أو المكتوبة.

وتتضح أهمية هذا الموضوع من خلال الدراسات النظرية التي نعرضها في هذا الجزء من الكتاب والجانب التطبيقي الذي نلخصه هناك اتجاه عام نحو ضرورة تطوير نظم التربية الخاصة حيث تبذل المحاولات وتتعدد النماذج في هذا المجال وإن كانت في نطاق محدود من الطابع التقليدي.

وفي هذا الكتاب سوف نحاول الاستفادة من الأسس النظرية والدراسات الميدانية في الوصول إلى مقترحات تفيد في رعاية وتأهيل هذه الفئة من المصابين بالإعاقة الكلامية داخل الأسرة والمدرسة والمجتمع ومحاولة الوصول إلى أفضل الطرق التي

تساهم في تكيفهم النفسي أو الاجتماعي. وبالرغم من كثرة البحوث والدراسات الأجنبية التي تناولت الإعاقات الكلامية إلا أن الدراسات العربية قد أغفلت هذا الجانب إلى حد ما.

في عملنا هذا سوف نتناول هذا الموضوع من أبعاده المختلفة مبتدئين بالجهاز الكلامي واكتساب اللغة ثم ندرس العملية الكلامية وأمراض الكلام وأعراض الأمراض الكلامية وأسبابها والخصائص النفسية للمصاب بالأمراض الكلامية.

ونعرض بعض النظريات في إضطرابات النطق والكلام وتصنيفات الأمراض الكلامية التي سندرس منها بالتفصيل تأخر الكلام والكلام التوافقي أو احتباس الكلام (الحبسة أو الأفازيا) والكلام التشنجي (التهتهة) والعيوب الإبدالية مثل إبدال الحروف وحذفها والكلام الطفلي والاضطرابات الصوتية، واضطرابات النطق أثناء القراءة ونتناول من كل هذه الأمراض الكلامية تعريفها وأعراضها وأسبابها وتشخيصها وعلاجها بجانب دراسة حالات تمثل كل منها.

أولاً: الجهاز الكلامي والأعضاء المساعدة له:

فيما يخص الجهاز الكلامي هناك حقيقة بيولوجية هامة أثبتها العلماء، وهي أن أعضاء التنفس هي أعضاء الكلام نفسها، وأن الرئتين والبلعوم والحنجرة والقصبة الهوائية والحبال الصوتية وتجاويف الفم والأنف هي الأعضاء التي تقوم بعمليتي التنفس والكلام في الوقت نفسه، وتشير الدراسات المتقدمة حول فسيولوجية النطق والكلام وعلم النفس اللغوي إلى أن وظيفة اللغة والكلام تتأثر بالعديد من الأعضاء وبالوظائف العضوية المتكاملة للأعضاء وهي:

أ- **أعضاء استقبال الصوت:** وتقوم هذه الأعضاء باستقبال المنبهات السمعية أو البصرية ونقلها للمخ عبر مسالك سمعية بصرية لفهم وتفسير هذه الرسائل في المخ وتنظيم الإجابة الكلامية المناسبة. أي أنها تمثل أعضاء استقبال مداخل اللغة.

ب- **أعضاء التنفيذ**: وهي الأعضاء الآتية:

الحجاب الحاجز - الرئتان والقصبة الهوائية - الحنجرة - الحبال الصوتية - العضلات المحيطة بالحنجرة - اللهاة - تجاويف الأنف والفم مع سقف الحلق - اللسان - الفكّان - الشفاه - الأسنان.

جـ- **أعضاء التنظيم الوظيفي والمركزي**: وتتمثل هذه الأعضاء بالجهاز العصبي القشري والنصفين الكرويين للمخ. وتشمل كذلك النوى العصبية تحت القشرية والأعصاب الدماغية مع العلم أن هذه الأعضاء تخدم أغراضاً وظيفية أخرى بالإضافة إلى عملية النطق والكلام. وما زالت هناك جوانب عصبية قشرية وتحت قشرية تتعلق باللغة، غامضة إلى حد ما.

د- **أعضاء التنفيذ الكلامي**: أوضح فيصل الزراد (1990) بأن وظائف الأعضاء تعمل بصورة متكاملة يمكن النظر إليها بشكل منفصل. ويعتبر الجهاز التنفسي من الأجهزة الهامة والضرورية لحدوث عملية الكلام. ويشير مصطفى فهمي (1975) إلى أن هواء الزفير هو المادة الخام التي تتحول بمرورها بين الوترين الصوتيين حيث تقاربهما إلى صوت يخرج بسرعة على شكل موجات صوتية تتعدل وتتشكل في التجاويف الثلاثة وهي أشبه بحجرة رئيسة وهي اللسان والشفاه وسقف الحلق.

وعندما يحاول الإنسان الكلام تتغير نسب الحركات التنفسية فقد تزداد عندها أو تقل بحسب كون الفرد متكلماً أو صامتاً أو بحسب العوامل الفيزيقية الخارجية كالحرارة أو التهوية والعوامل الجسمية كالإعياء والتعب والمرض والحالة النفسية كانفعال الغضب والتوتر.

وهكذا فإن العملية الكلامية تحتاج إلى نوع من التوافق الوظيفي بين تلك المراكز وإلا لما حدث الكلام بالشكل المألوف ذي الدلالة وما كان بالإمكان أن يستقيم كلام الطفل إلا إذا كان هناك توافق بين المظهر الحركي الكلامي والمظهر الحسي الكلامي، مما

يدعونا إلى اعتبار ميكانيزم الكلام ديناميكياً يضم الحنجرة والحبال الصوتية والتجاويف الحلقية والفمية والأنفية.



(الزراد، 1990)

الشكل (2): أعضاء جهاز النطق

تعد الحنجرة من مصادر الطاقة الصوتية للإنسان وهي تقع فوق القصبة الهوائية التي يبلغ طولها 12سم وتتصل بالبلعوم ويوجد بداخلها الوتران الصوتيان اللذان يمتدان باتجاه أفقي من الخلف للأمام وتقع بينهما فتحة المزمار.

وقد لعبت اللغة دوراً بارزاً في نمو أعضاء الكلام. فالفكان يتسعان لإعطاء اللسان الحرية الكافية أثناء الكلام. أما الحبال الصوتية فتعد من أهم أجزاء الجهاز الكلامي وهي عبارة عن شفتين أو شراعين يوجدان بشكل متناظر على يمين ويسار فتحة المزمار التي تتسع وتضيق بتقلص الألياف العضلية في عمليتي الشهيق والزفير، إذ تتسع في الأولى وتضيق عند الأخرى ويوجد فوق الحبلين الصوتيين زوج آخر من الحبال الصوتية الصغيرة، والتي تسمى بالحبال الكاذبة. ويجب أن يتقارب الحبلان الصوتيان لإحداث الاهتزاز اللازم لتكوين الصوت.

وتقوم التجاويف الحلقية والفمية والأنفية بوظيفة هامة في إحداث الرنين الصوتي، وتميز الأصوات بعضها عن بعض، وهي تجاويف مبطنة من الداخل بغشاء مخاطي مما يساعد على تضخم الصوت ورنته والحفاظ على الموجات الصوتية.

وهذه التجاويف هي: التجويف الفمي الذي يتبدل من حيث الشكل والحجم وبصورة مستمرة نتيجة لحركة اللسان، وهو يتكون من سقف الحلق وينقسم إلى قسمين. قسم خلفي رخو ومرن وقسم أمامي أكثر صلابة. ووظيفة القسم الأول هي فتح مدخل تجاويف الأنف وإغلاقها. ويوجد بالتجويف الفمي أيضاً اللسان وهو عبارة عن مجموعة عضلات متصلة من الخلف بعظم قاعدة اللسان وله دور هام في إحداث الصوت والكلام.

كما يوجد في مقدمة التجويف الفمي الشفاه وهي تعد من الأجزاء الأساسية للكلام، فهي كثيرة الحركة أثناء الكلام إذ يمكن ضمها أو مدها أو تدويرها أو إطباقها على بعض. أما التجويف الأنفي فيتكون من مجموعة تجاويف صغيرة لها دور هام في إحداث الصوت والرنين وخاصة عند خروج الهواء -زفير- عن طريق الأنف، أما التجويف الحلقي أو الزوري فهو يقع بين الحنجرة ونهاية اللسان، وهو ثابت في الشكل والحجم وبالتالي يبقى دوره في الوظيفة الكلامية ثابتاً. وأما تجويف قناة استاكيوس وهو يصل بين الأذن الوسطى والفم فوظيفته معادلة الضغط على طبلة الأذن.

ثانياً: كيفية تشكل الأحرف والكلمات ودور الأجهزة الجسمية في ذلك:

يوضح لنا مصطفى فهمي (1975) هذه العملية عندما يبين أن هواء الزفير هو المادة الخام التي تتحول بمرورها عبر الحنجرة والأوتار الصوتية إلى صوت يخرج بسرعة على شكل موجات صوتية تشكلها وتعدلها التجاويف الأنفية والفمية والزورية مع مساهمة اللسان والشفاه وسقف الحلق والأسنان.

حقاً إن حركات اللسان تأخذ أشكالاً كثيرة ومختلفة من حركة لغوية إلى أخرى، فعند لفظ حرف (أ) مفتوحاً يكون اللسان أفقياً وبالتالي يتغير شكل اللسان والشفاه كما يتغيران عند لفظ حرف (إ) مكسوراً فيكون عندها اللسان مقوساً. وتحدث الأحرف الساكنة نتيجة لاحتباس الموجات الصوتية وتوقف الهواء.

وعند لفظ الأحرف الأنفية (م – ن) فإن الجزء الرخو من مؤخرة سقف الحلق يتدلى حتى يصل لسان المزمار وعندها يخرج الهواء المحتبس ويكون الصوت عن طريق التجويف الأنفي ويكون السبب في اختلاف لفظ الحرفين هو اختلاف حركات اللسان.

أما الأحرف الحلقية (ك – ح) فيكون الاحتباس فيها ناجماً عن الجزء الخلفي من اللسان مع سقف الحلق الرخو ولذلك تسمى بالأحرف الحلقية. والأحرف الأمامية لا يكون احتباس الهواء فيها كاملاً كما في الأحرف (ش – س – د – ث) إذ يتسرب الهواء عن طريق ممر ضيق بين الشفتين ويكون الاختلاف في نطقها ناجماً عن اختلاف حركة اللسان والشفاه والفم.

أما الأحرف الساكنة أو اللاصوتية فهي لا تعتمد في خروجها على احتباس الهواء القادم من الرئتين، فالهواء يخرج بحرية ولذلك يعد الاختلاف في نطقها نتيجة لتغيرات أوضاع اللسان داخل الفم ومنها (ف – ب) أما أحرف العلة فالهواء فيها يكون مستمراً دون احتباس وذلك لعدم التصاق اللسان بسقف الحلق وبالتالي عدم احتجاز الهواء عن الخارج أو إعاقته. وهناك عدد من الأجهزة الداخلية التي تساعد على عملية الكلام حيث يلعب كل منها دوراً فيها ومن أهمها:

أ- دور الأحشاء الداخلية في عملية الكلام:

كما أوضحنا سابقاً إن عملية استعداد الفرد للكلام تتطلب منه استنشاق الهواء حتى يمتلئ صدره قليلاً. وعندما تبدأ عملية الكلام فإن عضلات البطن تتقلص قبل

البدء بنطق أول كلمة مما يدفع بالأمعاء إلى أسفل القفص الصدري ويؤدي إلى تقلص العضلات الواقعة بين الأضلاع الصدرية، ويتم ذلك بواسطة حركات سريعة تقوم بدفع الهواء إلى أعلى عبر الحنجرة والتجاويف الأنفية والفمية. وتواصل عضلات البطن تقلصاتها في حركة بطيئة مضبوطة إلى أن ينتهي الإنسان من نطق الجملة الأولى، فإذا انتهى فإن عضلات الشهيق تملأ الصدر ثانية وبسرعة تسترخي إستعداداً للنطق بجملة أخرى.

ب- دور الأعصاب الدماغية والحركية في عملية الكلام:

تلعب الأعصاب الدماغية الموجودة في الجهاز المركزي دوراً هاماً في تأمين وظيفة الحس والحركة الكلامية. ومن هذه الأعصاب الدماغية العصب البصري Optic Nerve الذي يقوم بالربط بين شبكة العين والفص الخلفي للمخ. وتؤدي إصابة هذا العصب إلى اضطراب في حاسة البصر أو فقدانها - وهناك العصب المختلط (الحسي الحركي) فهو حسي لأنه يجلب الإحساسات من الوجه وحركي لأنه يتصل بعضلات المضغ والبلع وهي أعضاء الكلام، وتؤدي إصابة هذا العصب لضمور عضلات المضغ الفكية والتي لها دور هام في عملية الكلام.

وهناك عصب يسمى بالعصب التوأمي الثلاثي، والعصب السمعي Auditory Nerve وهو عصب حسي يتصل بالعصب القوقعي في الأذن وعصب الدهليز وإصابته تؤدي إلى الصمم.

وهناك أيضاً العصب اللساني البلعومي وهو عصب حسي حركي يشرف على عملية البلع وإصابته تؤدي إلى شلل العضلة البلعومية وعدم القدرة على حركة الفك أو الكلام.

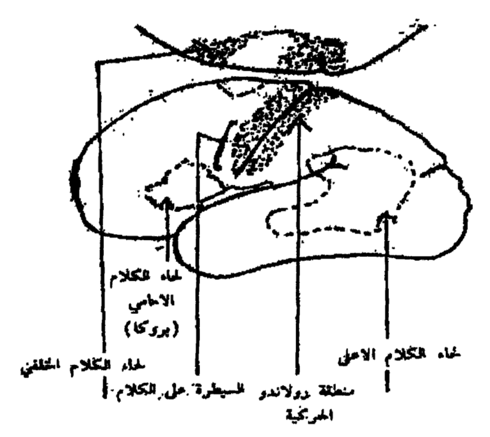
وهناك العصب الحائر أو التائه Nerve Vague وهو أيضاً عصب حسي حركي يقوم بالإشراف على حركة التنفس ويقوم بتغذية الأوتار الصوتية وتؤدي إصابته إلى

إبطاء وصعوبة التنفس، وبالتالي تغير الصوت وصعوبة البلع وبعض الأعراض المرضية الأخرى التي تؤثر في عملية الكلام.

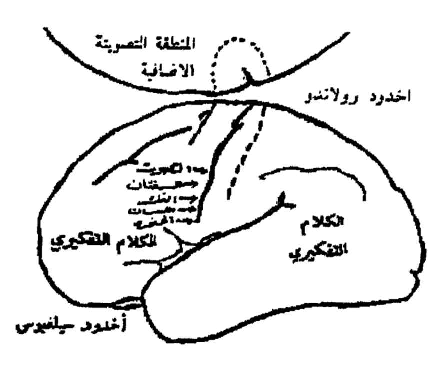
وأخيراً هناك العصب اللساني وهو الذي يمتد بتفرعاته في عضلة اللسان وتـؤدي إصابته إلى شلل أو ضمور اللسان وعدم القدرة على الكلام.

جـ- دور المخ في عملية الكلام:

يشير فيصل الزراد (1990) إلى أهمية السيطرة الوظيفية لأحد النـصفين الكـرويين للمخ في عملية الكلام، حيث يرى علماء التشريح أن المناطق التي تشرف عـلى أعـضاء الصوت موجودة في مكان وسط بين النصفين الكرويين للمخ ولذلك تتم السيطرة من خلال أحد النصفين على إخراج الصوت. انظر الشكل (3) والشكل (4).



شكل رقم (3): منطقة السيطرة على الكلام في الجانبين المهيمنين



شكل (4): مناطق الكلام في الدماغ

إن وظيفة النطق والكلام عند الشخص الذي يستعمل يده اليمنى تتركز في نصف الكرة المخية الأيسر، أما لدى الشخص الذي يستخدم يده اليسرى (الأعسر) فيسيطر عليها نصف الكرة المخية الأيمن.

ويرى علماء اللغة والتشريح أن معظم وظائف اللغة تتركز في أحد نصفي كرة المخ السائد أو المسيطر. ولكن عند الميلاد وجد أن المناطق القشرية أو الإدراكية تتمتع بنفس القدرة على النمو والتطور لدى نصفي كرتي المخ.

وخلال مراحل النمو والنضج وبسبب وجود استعدادات وراثية وعضوية يستخدم الفرد عضواً دون آخر أو يداً دون أخرى.

وهذا مؤشر على أن نصف الكرة المخية الأيسر هو المسيطر لدى معظم الناس، مع العلم أنه ما تزال مشكلة تفضيل استخدام يد على أخرى مثار خلاف بين العلماء، إذ أن

هناك دلائل تشير إلى وجود استعداد وراثي قوي وهناك من يعتبر عامل الممارسة والتدريب والتعليم والألفة والتعود من العوام المساهمة في ذلك، وأن كثيراً من الأطفال يجبرون على التحول من اليد اليمنى إلى اليسرى لأن العرف يعتبرهم شاذين.

وقد تمكن علماء التشريح من تحديد بعض المعالم في هذا المجال ونعرض هنا قصة العالم الفرنسي (بولس بروكا) كما أوردها كل من مصطفى فهمي (1975) وفيصل الزراد (1990).

لقد قام (بروكا) بالإشراف على معالجة رجل مريض أصيب بالشلل في نصفه الأيمن مما منعه من الحركة بالإضافة إلى عدم القدرة على النطق أو الكلام عدا بعض التمتمات.

وبعد وفاة هذا الرجل قام «بروكا» بتشريح دماغه فوجد فجوة خالية من الأنسجة العصبية والخلايا، مما يشير إلى وجود التهابات حادة وتخثرات دموية، وتقع هذه الفجوة في النهاية الخلفية للتلفيف الجبهي الثالث.

وقد تبين للعالم «بروكا» أن المريض قد فقد القدرة على التعبير والحركة الكلامية دون وجود أي ظاهرة مرضية. وظلت التفسيرات التي تلت العالم بروكا تسير على نفس المسار إلى أن جاء العالم (وادا Wada) الذي قام بحقن مادة أميتال الصوديوم وبعض الأدوية المخدرة في الشريان السباتي الأيسر بهدف إبطال فاعلية النصف الكروي المسيطر بشكل كامل.

وقد أدى هذا الاختبار إلى التسبب في حالة بكم تام تبعه بعد فترة قصيرة صعوبة في تذكر الأسماء. وفي عام 1931 وجد العالم (ترافس Travis) وهو متخصص في اضطرابات النطق والكلام أن الطفل الأعسر إذا أُجبر بشدة على استخدام يده اليمنى فإن هذا يسبب له عيباً كلامياً.

وفسر ذلك أن عملية الاختبار هذه تؤدي إلى تنشيط النصف الكروي الأيسر للمخ وخلق بؤرة عصبية مثارة أو نشطة مما يجعل هناك نوعاً من التعادل الوظيفي بين النصفين الكرويين للمخ عوضاً عن سيطرة أحد النصفين مما يؤدي إلى اضطراب الطفل في كلامه (فهمي، 1975).

ثالثا: مراحل اكتساب الكلام:

يرى كثير من العلماء أن معظم الأطفال لا يتكلمون بشكل جيد قبل الوصول إلى سن السنتين، على الرغم من أن بداية الكلام تكون في نهاية السنة الأولى. وفي هذا الوقت ينطق الطفل ما يعد كلماته الأولى. ويتفق العلماء على المراحل التالية لاكتساب اللغة والكلام.

أ- المرحلة قبل اللغوية: وتضم المراحل التالية:

1- **مرحلة الصراخ:** وفيها تشير الدراسات الفسيولوجية إلى أن أعضاء الكلام لدى الطفل تصل إلى مستوى عال من النمو قبل المرحلة الولادية. ويقرر بعض علماء الأجنة أن الطفل في الشهر الخامس تصبح أجهزة الكلام أو الصوت لديه قادرة على العمل لكنهم يبينون أن تطور اللغة عند الطفل يبدأ من الصرخة الأولى وهي التي تأتي بعد الولادة مباشرة وتحدث هذه الصرخة نتيجة لاندفاع الهواء بقوة عبر الحنجرة إلى رئتي الطفل مما يسبب اهتزاز الحبال الصوتية.

2- **مرحلة المناغاة:** نلاحظ في هذه المرحلة أن الطفل يقوم بإحداث ترددات من تلقاء نفسه تعتبر شبه واضحة ويطلقها الطفل على أساس اللعب بها إذ يجد فيها لذة ومتعة التلفظ بها يشبه حرف اللام (ل. ل. ل....) وتشير بعض الدراسات إلى أن المناغاة وراثية لأن الطفل الأصم يناغي. وهناك دراسات ترى أنها غير وراثية وإنما هي عملية مكتسبة تقوم على التعزيز والتقليد.

ويذكر حلمي خليل (1987) أن المناغاة عند الطفل تتكون في البداية من أصوات لا حصر لها ناتجة عن مرونة جهاز الصوت ويختار الطفل من بينها ما يسمعه من لغة أهله، فيبقى ما يستعمله وينعدم ما سواه. ومما يؤيد ذلك أن الأطفال يتفوهون أحياناً بأصوات ليس لها وجود في أي لغة وأن الطفل أياً كان أبواه يتعلم اللغة التي يتعرض لها ويتكلم بها الناس من حوله.

3- **مرحلة تقليد الأصوات:** يميل الطفل في هذه المرحلة إلى تقليد كلام الآخرين وذلك بغرض الاتصال بهم للتكيف مع المحيط الأسري أو بهدف إشباع حاجة عنده.

ب- المرحلة اللغوية:

إن المراحل التي ذكرناها سابقاً هي عبارة عن مراحل تهيئة الطفل للدخول في المرحلة اللغوية. فالطفل يستجيب للآخرين بحركات أو إيماءات وغالباً ما تكون صادقة بالرغم من أنه لا يتكلم بها بعد. ويبدأ الطفل بنطق عدد من الكلمات المفردة قبل نهاية السنة الأولى.

والطفل لا يبدأ بتركيب الجمل ما لم يكتسب حداً أدنى من المفردات ذات الدلالة. وتشير الدراسة إلى أن وحدة الكلام لدى الطفل ليست الكلمة وإنما الجملة، فالطفل لا يستطيع تصور مفهوم الكلمة والمدركات التي تؤدي إليها ولكن في بداية السنتين يمكنه استخدام جمل بسيطة التركيب مكونة من كلمتين أوثلاث كلمات.

رابعاً: الإعاقات الكلامية وعيوب الكلام وأمراضه:

يعتبر الكلام مشكلة هامة تواجه الطفل في أول حياته. فهو يرى ويسمع ويشعر ولكن كل طفل عليه أن يتعلم الكلام وأن يجيده. فإجادة الكلام من مستلزمات الشخصية القادرة على الفهم والناجحة في الحياة العملية. إن عملية الكلام وظيفة

مكتسبة لها أساس حركي وآخر حسي وإن عملية التوافق بين المظهرين لها شأن كبير في نمو اللغة لدى الطفل. وكلما كان هذا التوافق طبيعياً كان الكلام بدوره طبيعياً أيضاً (عثمان، 1981).

إن الكلام عبارة عن نشاط اجتماعي يصدر عن الفرد وله أساسات فسيولوجية ونيورولوجية يريد بها الفرد الاتصال بغيره من الأفراد داخل الوسط الذي يعيش فيه لتحقيق حاجات نفسية واجتماعية وبيولوجية.

وتتدخل في عملية الكلام عدة توافقات عصبية دقيقة وحركية يشترك في أدائها الجهاز الكلامي ومراكز الكلام في المخ الذي يسيطر على الأعصاب.

وتجدر الإشارة إلى أن الكلام يكون عديم الدلالة إذا لم يتفاعل الطفل مع البيئة التي يعيش فيها ويتعامل معها، وليست وظيفة اللغة مجرد إحداث أصوات، بل يجب أن تكون لها دلالات وهذا لا يأتي إلا عن طريق العقل وما يحتويه من مراكز حسية. أي أن العملية الكلامية تحتاج إلى نوع من التوافق الوظيفي بين تلك المراكز، وإلا لما حدث الكلام بالشكل المألوف. الذي هو أداة للتخاطب والتفاهم بين أفراد المجتمع.

وفي بعض الحالات توجد عوامل بيئية أو عضوية أو نفسية أو وظيفية أو غيرها يمكن أن تسبب أنواعاً مختلفة من الصعوبات والاضطرابات بعضها خاص بالنطق وبعضها خاص بالكلام والقدرة على التعبير وبعضها خاص بالصوت. ويمكننا أن نقول أن العيوب الكلامية هي الحالة التي تضطرنا نحن المستمعون إلى بذل مجهود أكثر مما يجب لتفهم حديث المتكلم.

وهنا يجدر بنا أن نوضح أهم الفروق بين النطق والكلام. فمفهوم النطق يعني حدوث الاستجابة الصوتية أو خروج الصوت نتيجة لعمل الجهاز الكلامي والمركز الحركي الكلامي بالمخ، ومفهوم الكلام يعني الرموز والكلمات والمفردات ذات الدلالة المنطقية لهذه الاستجابة الصوتية.

وينبغي أيضاً أن نوضح أهم الفروق بين العيب الكلامي والقدرة التعبيرية وعيوب الصوت. فالشخص المصاب بعيب كلامي في نطقه أو في قدرته التعبيرية نجده يتكلم بطلاقة في كثير من الأحيان ولكن يتعذر عليه نطق بعض الحروف فيحذف منها، ثم يكرر بعض المقاطع أو يقلبها أو يعتريه الاضطراب ويتعثر أو يتوقف أو يتردد في كلامه.

أما عيوب الصوت فهي اضطرابات في طبقة الصوت أو شدته أو نغمته ناتجة عن وجود خلل في الميكانزم الوظيفي للحبال الصوتية، تجعل صاحبها ذا صوت غريب شاذ قد لا يتناسب مع عمر المتكلم أو جنسه أو موقف الكلام وظروفه، وفي كلا الأمرين يتسبب ذلك في حدوث إعاقة واضحة في الاتصال الجيد مع الآخرين. (منصور، 1991).

وفي هذا المجال ينبغي الإشارة إلى الفرق بين العيوب الكلامية الطبيعية وغير الطبيعية حيث يذكر حلمي خليل (1987) أن الطفل يجد صعوبة في نطق بعض الأصوات وخاصة عندما تكون جزءاً من مجموعة صوتية أو مجموعة من الأصوات بينما هو قادر على نطقها مفردة.

فمثلاً ينطق كتاب «تتاب» أو يختصرها «تاب» أو ينطق السكينة «ستينة» وقد ينطق «ش» مثل شجر «سجر» وكما يقول في نعم: «نأم» وفي خذ «أُد» وكثيراً ما ينطق الأطفال في هذه الفترة جزءاً واحداً من الكلمة غالباً ما يكون المقطع الأخير منها هو ما يطلق عليه علماء اللغة الاختصار مثل زبادي «بادي» منديل «ديل».

كما نجد لدى الطفل تصنيفات لغوية خاصة به يصنفها لنفسه مكوناً منها دلالة لكلمات وأفعال معينة. كما نجد للطفل قياسه اللغوي الخاص، وهو القياس الخاطئ، حيث نجده يقيس ما لم يسمع على ما سمع، ويعد هذا القياس جزءاً من قدرته اللغوية الخاصة. ويظهر هذا القياس في محاولة الطفل اكتساب النظام المورفولوجي للغته ومن ثم يقع في بعض الأخطاء. مثلاً: أن يعمم تاء التأنيث في كل لفظ أو يعمم الجمع.

ويرى حلمي خليل (1987) أن سبب هذه العيوب الكلامية عند الطفل العادي هو أن أعضاء النطق لم يكتمل نموها بعد، وأن الجهازين العصبي والسمعي ما زالا في طور التكوين، وأن الطفل غير قادر بعد على التحكم فيها ولذلك لا تعد من الأمراض الكلامية.

أ- أسباب الإعاقات الكلامية:

هناك معوقات أساسية تلعب دوراً كبيراً في إحداث الاضطرابات الكلامية ومن أهمها:

1- أسباب وراثية: يرجع بعض العلماء هذه الإعاقات إلى أسباب وراثية. بمعنى أنها قد تكون موروثة من أحد الأبوين أو الأجداد وتتوارث من جيل إلى آخر عن طريق الكروموسومات التي تحملها الجينات الوراثية.

وقد يكون النقص العقلي من أحد الأسباب المؤدية لحدوث الإعاقة الكلامية. وقد ترجع أسباب هذا النقص العقلي إلى عوامل تتصل بالناحية التكوينية التي تؤثر في تكوين الخلايا وهو ما يعرف بالنقص العقلي الابتدائي أو الأولي ومن نتائج هذا النقص ما يصيب تطور الكلام والقدرة على التعبير والتأخر عن الكلام.

وهذه الاضطرابات تأخذ صوراً متعددة منها إحداث أصوات معدومة الدلالة يقوم بها الطفل كوسيلة للتخاطب والتفاهم أو تأخذ شكلاً آخر كأن تتقدم بالطفل السن بحيث تسمح له باستعمال اللغة ولكنه لا زال يعبر بالإشارات والإيماءات المختلفة بالرأس أو حركات اليدين.

وهناك من يتعذر عليهم الكلام باللغة المألوفة التي تعودنا سماعها ويستعملون لغة خاصة ليست لمفرداتها أي دلالة لغوية. وتتفاوت هذه المظاهر من حيث الدرجة بالنسبة لحالة المصاب في سلم النقص العقلي. إذ تظهر في طفل المورون بدرجة أقل من التي تظهر عند الأبله.

ويتفق كل من مصطفى فهمي (1975) وميشيل دبابنة ونبيل محفوظ (1984) في أنه إذا كان أحد أفراد العائلة أو بعضهم يعانون من أي اضطراب كلامي فمن البديهي أن يتوارث الطفل الاستعداد لهذه العلة. وفي دراسة أجراها عبدالعزيز القوصي (1975) على 97 حالة وجد أن العامل الوراثي يلعب دوراً هاماً في الإصابة بالإعاقات الكلامية.

2- **أسباب عضوية**: يرى بعض العلماء أن العيوب الكلامية تظهر نتيجة لأسباب عضوية فقد يعتري الجهاز الكلامي نقص أو أمراض أو عاهات خلقية فينتج عن ذلك قصور بالجهاز الكلامي وبالتالي عدم القدرة التامة على النطق والكلام والتصويت. ومن مظاهر القصور التي تعتري الجهاز الكلامي:

* **عدم انتظام الأسنان وتشوهها**: من حيث قربها أو بعدها عن بعضها ومن حيث حجمها كبراً وصغراً، وسوء وضع وترتيب هذه الأسنان، أو وضعية الفك العلوي أو السفلي من حيث تقدم أحدهما على الآخر وتراجع الثاني عن الأول إذ يحدث نوع من عدم التناسق وبالتالي صعوبة في الكلام.

* **إصابة سقف الحلق بعيوب خلقية ولادية**: أو التعرض لحادث يصيبه بالتلف والخرق: فمن هذه العيوب أن يكون الجزء الأخير من سقف الحق، وهو الجزء الرخو، صلباً جداً أو رخواً جداً ويتعثر عليه مع اللسان إحداث النطق المطلوب. وقد يولد الطفل وفي سقف حلقه تجاويف تفسد احتباس الهواء عند الحروف المطلوبة وتعوق عمل اللسان، كما قد يزيد الوضع سوءاً تشوه اللهاة ووضعها في فجوة الحلق.

* **كبر اللسان**: حيث يحدث أيضاً أن يكون اللسان أكبر من حجمه الطبيعي فيكون ثقيلاً غير مرن في إحداث الحروف والكلمات أو يكون بالعكس صغيراً وضامراً أو يكون هناك اختلال في أربطة اللسان مما يحدث اضطراباً في النطق.

* **عيوب الشفاه**: وهذه أيضاً لها تأثيرات واضحة في العملية الكلامية. فانشقاق الشفة العليا أو ما تسمى بالشفة الأرنبية المشقوقة يسبب إعاقة في النطق الصحيح

للكلمات وهو عيب كلامي ناشئ أصلاً عن شذوذ في التكوين، وذلك لأن الجنين البشري في أثناء تكوينه تتجه أنسجة الشفاه والفك والجزء الداخلي من الفم في نموها للداخل من كلا الجانبين حتى تلتحم، وفي هذه الحالة لا يتم اكتمالها وتظهر الشفاه بعيوب كما في إصابة الأنف بالزوائد الأنفية التي تلعب دوراً كبيراً في إظهار العيوب الصوتية.

* **تضخم اللوزتين**: ويشير رمضان القذافي (1991) إلى أن تضخم اللوزتين له دور كبير في عيوب الكلام. وفي دراسة أوردها القوصي (1975) عن أسباب اضطرابات الكلام أجريت على (97) حالة كما ذكرنا أعلاه وجد منها (31) حالة كانت أسبابها زوائد أنفية و (19) حالة بها تضخم اللوزتين و (13) حالة كانت أسبابها تشوه الأسنان.

* **عيوب الجهاز السمعي**: ترجع رمزية الغريب (1978) بعض أسباب إضطرابات الكلام إلى عيوب الجهاز السمعي كضعف الجهاز السمعي وضعف السمع مما يجعل الطفل عاجزاً عن التقاط الأصوات الصحيحة فيسيء النطق. كما أن إصابة الأذن الداخلية أو الخارجية أو حدوث التهابات فيها تؤدي إلى ضعف السمع بحيث لا يتمكن الطفل من سماع الحروف أو مقاطع الكلمات بشكل واضح فيؤدي ذلك به إلى بتر الكلمات أو تحريفها وعدم إعطاء الحروف حقها في المد والارتفاع. وهذا عدا عن أن حدوث الصمم يؤدي إلى انعدام الكلام نهائياً.

نستخلص من ذلك أن عيوب الجهاز السمعي تؤثر على نطق الصغير فتجعله عاجزاً عن التقاط الأصوات الصحيحة للألفاظ وقد يزداد هذا العيب إن لم يكتشف في سن مبكرة. كما تؤثر القدرة السمعية على الصوت وضخامته كما في حالة فقد السمع التوصيلي وفقد السمع المحسوس.

3- **أسباب وظيفية**: هناك أسباب ناجمة عن خلل في وظائف المخ تسبب

اضطرابات كلامية نتيجة للمنافسة بين فص المخ السائد وغير السائد كما في حالة الطفل الأعسر الذي تحاول أسرته الضغط عليه للكتابة باليد اليمنى (نظرية ترافس **Travis** – مصطفى فهمي **1975**).

ومن الاضطرابات الوظيفية التي تؤدي إلى تغيرات في أعضاء جهاز النطق نذكر الفشل في تنسيق عملية الشهيق والزفير أثناء صدور الصوت وحدوث الكلام، ونقص تدريب عضلات جهاز الكلام أو تعطل تعلم الطفل في مراحل النمو اللغوي الطبيعية، أو ما يسمى بتأخر الكلام أو عدم أداء عضو من أعضاء الصوت والكلام لوظيفته مثل حركة اللسان بشكل لا يساعد على إخراج الألفاظ بشكل طبيعي، أو شلل أحد الحبال الصوتية أو تعطل في وظيفة الحنجرة.

4- أسباب عصبية: يرى البعض أن هناك أسباباً عصبية للإصابة بالاضطرابات الكلامية وهي وجود تلف بالمخ يرجع لأسباب خلقية أو إلى الحوادث التي يتعرض لها الطفل في حياته خصوصاً تلك الناتجة عن إصابات أثناء الولادة وبالتحديد الولادة المعسرة، خاصة الولادة التي تستخدم فيها الآلات التي قد تتسبب في إضرار وإصابات بالمخ. والسبب هو أنها تحدث عطباً في المركز الحركي الكلامي وتختل وظائف المخ عند إصابة المناطق المخية الخاصة بالكلام بسبب تهتك الخلايا أو تورمها أو انفجارها أو إصابتها بفيروس مرضي أو لحدوث ارتجاج بالمخ.

والطفل الذي يصاب بالشلل المخي يكون صوته وكلامه ضعيفاً وبطيئاً، وذلك يعود إلى التلف الذي أصاب جهازه العصبي والذي يؤثر في استعمال الطفل لعضلات الأطراف وقد يؤثر أيضاً على العضلات الضرورية للكلام.

وهكذا فإن خلل الجهاز العصبي المركزي واضطراب الأعصاب المتحكمة في الكلام وإصابة المراكز الكلامية في المخ بتلف أو نزيف أو تورم أو حدوث التهاب بالمخ يؤدي إلى تلف بمراكز الكلام وإصابتها بالاختلال وعدم القدرة على التركيز والتحكم

في الأعصاب الممتدة في العضلات الخاصة بالنطق وإصدار الأصوات. هذا وقد وجد بعض الحالات المصابة بعيوب كلامية نوبات صرعية تشنجية.

5- أسباب مرضية: أشارت سنية النقاش (1979) إلى أن هناك أمراضاً يتعرض لها الطفل في مرحلة من مراحل نموه قبل الميلاد أو بعده تسبب له عيوباً في النطق والكلام. وقبل الدخول في تحديد هذه الأمراض يجدر بنا الإشارة إلى أن الصحة العامة والنمو بصفة عامة لهما أثر كبير على حيوية الطفل ونشاطه وذكائه وقدرته على الكلام وعلى التعبير عن نفسه. فكلما كانت صحة الطفل العامة حسنة وكان نموه طبيعياً وسليماً كانت فرصته في التعبير عن نفسه بكلام خالٍ من العيوب أكبر.

وسنورد هنا الأمراض التي تؤدي مضاعفاتها وأزماتها في الطفل للإصابة بعيوب كلامية:

- **أمراض تؤثر في نمو الطفل قبل الميلاد:** وهي أمراض تصيب الأم أثناء حملها، وهذه لا تقتصر تأثيراتها على مراكز الكلام والجهاز الكلامي، بل تضر بنمو أجهزة الطفل كافة.

- **أمراض تبدأ عند الطفل أثناء الولادة أو بعدها بقليل:** نذكر منها الكزاز الذي قد يحدث عند قص القابلة أو الطبيب حبل السرة بمقص غير معقم، ويحدث للطفل فيما بعد تشنجات بعضلات الفك.

- مجموعة الأمراض التي قد يتعرض لها الطفل في مراحل الطفولة المبكرة والتي تنتج عن مضاعفاتها آثار خطيرة تؤثر في الجهاز الكلامي ومركز الكلام في الدماغ ومن ثم سلامة النطق مع ملاحظة أن تأثير هذه الأمراض يتوقف على شدتها وأزماتها ومنها ما يلي: الحمى القرمزية - التهاب اللوزتين - السعال الديكي - النكاف - حمى التيفوئيد - أمراض الفم - القلاع والتهاب اللثة واللسان - الخناق (الدفتريا) -

أمراض الحنجرة - إصابة السرطان لأحد أعضاء الجهاز الكلامي - بالإضافة إلى تقرح الحلق وخراج اللوزتين وانحسار اللثتين وضعف إفراز الغدة الدرقية الذي يؤدي إلى بحة في الصوت وأيضاً سرطان الدرقية الذي يؤدي إلى شلل في الصوت.

ويرى (سغمند ستيفن Sigmund Steven) (1987) أن إصابة الأطفال بمثل هذه الأمراض في سنوات حياتهم الأولى واستمرارها فترة طويلة مع حدوث مضاعفات تؤثر في قدرتهم الكلامية، إذ أن المرض لا يتيح لهم فرصة كافية للتمرين الصوتي في مراحله الأولى.

6- أسباب نفسية: يرجع ميخائيل وآخرون (1984) الاضطرابات الكلامية لأسباب نفسية منها:

- **اتجاه الوالدين نحو تعليم طفلهما اللغة:** فالطفل في سنواته الأولى وفي بداية تعلمه اللغة يكون كثير الأخطاء والعيوب الكلامية ويعتبر شيئاً طبيعياً في هذه الفترة. ولكن قلق الآباء على قدرة الطفل على الكلام ودفعهم له دفعاً ليتكلم باكراً ودون أخطاء يجعل الطفل يتعثر في نطقه. فبعض الآباء يتعجلون أبنائهم في النطق وينطقون أمامهم عدداً من الكلمات السريعة التي يتعذر على الطفل متابعتها، ويصعب عليه تقليدها وتكرارها وتعلمها فيشعر بصعوبة ذلك ويصاب بالفشل والإحباط.

كما يحاول بعضهم تعليم الطفل ألفاظاً صعبة ومعقدة دون مراعاة لعناصر البساطة والتدرج في النمو العقلي والمعرفي للطفل فتحدث انتكاسة للطفل ويصبح عاجزاً في هذا التعلم الخاطئ، ويزداد الأمر سوءاً عندما يقوم الآباء بتهديد الأطفال وتخويفهم.

وجميع هذه الطرق تسبب صعوبات كثيرة في تعليم اللغة. ويتفق مع ذلك رمضان القذافي (1991) حيث يعزو كثيراً من الاضطرابات الكلامية لأسباب نفسية ويرى أنها تبدو بصورة واضحة لدى الأطفال نتيجة لمحاولة الوالدين دفع أولادهم لأن يحققوا مستويات أعلى مما لديهم من قدرات أو نتيجة للعقاب البدني القاسي، أو إهمال تدريب الطفل على الكلام بصورة سليمة وفي الوقت المناسب.

- إن هناك عاملاً نفسياً آخر هو خوف الطفل من المقاطعة. فقد أثبتت أن خوف الطفل من المقاطعة قبل وأثناء نطقه لجملة من الجمل يسبب ضرراً في طلاقته وارتباكاً لأفكاره وبالتالي تنقطع كلماته وتتشتت أفكاره ويزداد التردد والخوف فيقلل من الحديث أمام الوالدين والمحيطين به وينزوي متقوقعاً مما يساعد على ظهور عيوب في نطقه وكلامه.

- كما تؤثر الحالة الانفعالية والحياة العاطفية للطفل في نطقه وكلامه، فالخوف والتوتر النفسي المصاحب للقلق والصراع النفسي، وعدم الشعور بالأمن والشعور بالنقص والدونية والمخاوف والوساوس وعدم الكفاءة الذاتية وقلة الثقة بالذات والصدمات الانفعالية الحادة التي يتعرض لها، كل ذلك يعوق سلامة النطق والكلام لديه.

- كما أن الحرمان من الحنان والعطف يؤديان إلى نفس النتيجة أو حدوث العكس فالتدليل الزائد للطفل والاستجابة لرغباته بمجرد إشارة منه أو حركة يعبر بها أو نصف كلمة مبتورة حتى يلبي له الوالدان ما يريده دون الحاجة لتدريبه على النطق السليم.

- كما أن الطفل يتعثر في كلامه نتيجة شعوره بالانفعال لأنه يحس بعدم القبول من الآخرين له عندما يعاملونه باستهزاء نتيجة الاضطراب الذي يعاني منه، وذلك يزيد من شعوره بالنقص. كما أنهم إذا عطفوا عليه عطفاً زائداً ذكره ذلك بعيبه (ملاك جرجس، 1985).

- ومن الأسباب النفسية التي أوردها حامد زهران (1990) لعيوب الكلام: الصراع، القلق، الخوف المكبوت، الصدمات الانفعالية، الانطواء، السلبية العصبية، ضعف الثقة بالنفس، العدوان المكبوت، وقلق الوالدين بشأن ضعف قدرة الطفل على الكلام، والرعاية الزائدة، والتدليل ، والإهمال، والتسلط وتلبية حاجيات الطفل دون

حاجة لأن يطلبها عن طريق الكلام والحرمان الانفعالي والافتقار إلى العطف والحنان، والتوتر الانفعالي.

7- **أسباب بيئية**: توجد مظاهر عديدة ينعدم فيها الأمن داخل الأسرة تنشأ عن أسباب خارجية مما يؤدي إلى قيام صراعات انفعالية تؤدي إلى انعدام الأمن الداخلي وهي الإفراط من قبل الو الدين في التدليل والرعاية الذي يقود إلى الاعتماد عليهما كلياً والذي ينشأ نتيجة لمرض الطفل فترة طويلة أو لمحاباة الطفل وتفضيله على غيره مما يؤدي إلى حقد إخوته ورفاقه عليه وإذكاء نيران الغيرة في قلوبهم. كما أن للحرمان العاطفي الذي ينشأ من فقدان الطفل لعطف أحد أبويه أو رعايتهما، أو للتعس والشقاء العائلي أثراً كبيراً في إحداث الاضطرابات الكلامية. كما قد تحدث عيوب الكلام حين يجبر الطفل الأعسر على استعمال يده اليمنى أو عندما يفشل الطفل في التحصيل الدراسي.

بالإضافة إلى ذلك يرى حامد زهران (1990) أن للتصدع الأسري، وسوء التوافق المدرسي والاجتماعي، وفقد المستوى الكلامي في المنزل، والتدريب غير المناسب، وتعدد اللغات في وقت واحد دوراً في هذه الأمراض.

ويتفق معه كل من ميشيل دبابنة ونبيل محفوظ (1984) وميخائيل وآخرون (1984) بأن التقليد في الكلام المضطرب والمحاكاة ينجمان من أن الطفل يقلد المحبطين به خاصة إذا كانت هناك استعدادات وراثية من العائلة.

وقد يكتسب الطفل هذه الطريقة في الكلام نتيجة تكرارها باستمرار، وبذلك يثبت العيب ويصعب التخلص منه ويضيف (سترن وكاستندايك) (1963) كما أوردت رمزية الغريب (1978) أن إهمال الوالدين في إعطاء الاستثارة الضرورية لدفع الطفل لإخراج الكلمات يضعف قدرة الكلام لديه. فالأهل قد لا يبدون اهتماماً بمقدمات الكلام كالمناغاة أو الصياح وبالتالي فإذا لم يجد الطفل التشجيع أو الرغبة فإن الدافع لإخراج الأصوات يصبح معدوماً.

والقصور اللفظي كما يراه ميخائيل وآخرون (1984) قد يحدث نتيجة لعجز أو قصور في مفردات اللغة وضعف المحصول اللغوي أو نتيجة لسرعة الأ فكار بحيث يتغير النطق حين يبحث الفرد عن الألفاظ المناسبة التي تعبر بدقة عن أفكاره ولكنه لا يجدها وقد تكون الكلمة على طرف لسانه لكنها تأبى الخروج لعدم تذكر النطق الدقيق لها. و يرجع هذا العجز والقصور لعدم اهتمام الو الدين وإهمالهما لنمو لغة الطفل ولنطقه للكلمات بصورة غير صحيحة، ولعدم توفر التفاعل الاجتماعي الكافي أو كليهما معاً.

ويرى البعض أن القصور اللفظي قد ينشأ نتيجة لتطلع الوالدين إلى مستويات عالية لأبنائهم الذين يثقلون عليهم بمطالبهم التي تفوق قدراتهم مما يؤدي إلى إقعادهم وتثبيط عزيمتهم فيمتنعون عن القيام بأي محاولة لبذل الجهد اللازم للكلام.

ويأتي رأي ملاك جرجس (1985) متفقاً مع هذه الآراء في أن بعض عيوب النطق يرجع إلى ظروف بيئية سيئة كتعلم عادات نطق رديئة دون أن يكون الطفل يعاني من أي عيب بيولوجي أو غيره سواء في اللسان أو الأسنان أو الشفاه أو الأعصاب أو السمع.

فكم من طفل ثبت عند عامه الثاني على كلامه الطفلي Baby Talk ولعدة سنوات، لأن من هم حوله دللوه وشجعوه على استخدام هذه الألفاظ الطفلية غير السليمة.

كما قد يخفق الطفل في تذكر كلمة صعبة وهي اسم لشيء ما فيعطيها اسماً من عنده ويشجعه الأهل بتكراره والمداومة على استعماله. وتظهر عيوب النطق عند حدوث سوء في التوافق المدرسي أو الأُسَرِيّ، فالطفل غير الموفق في مدرسته، أو الذي يعيش في أسرة تعاني من الشقاء العائلي والتفكك الأسري قد تظهر لديه أعراض أمراض الكلام. وقد وجد أن للعامل الاقتصادي أيضاً أثراً على اكتساب الطفل للغة وبالتالي فإنه يعد سبباً من الأسباب المؤدية إلى ظهور عيوب لفظية كلامية.

وجد أن الأطفال الذين ينتمون للطبقة المتوسطة يتكلمون لفترات قصيرة وجملهم أكثر تعقيداً وكلامهم أكثر من أطفال الطبقة الأقل منهم اقتصادياً واجتماعياً (سويان Sueann، 1978). هناك سبب آخر في إحداث اضطراب النطق والكلام وهو التقليد. فقد يكون السبب في ظهور عيوب كلامية في نطق الطفل راجعاً إلى سوء الاقتداء أو التقليد الخاطئ، فللتقليد دور مهم وقوي في اكتساب اللغة وتعلمها.

فالطفل عندما يقلد مَن هم موضع عطف ورعاية لأسرهم ربما يحدث لديه بعض اضطرابات الكلام أو بعض الصعوبات في النطق لأنهم يقلدونهم لا شعورياً أو اختيارياً على أمل أن ينالوا من أسرهم عطفاً وعناية وخصوصاً تلك الحالات التي تعاني من الحرمان العاطفي.

ويحدث انتقال هذه الاضطرابات الكلامية أيضاً عندما يحاول الطفل تقليد من هم أكبر منه ولديهم مثل هذه الأعراض وخاصة عندما يكون هؤلاء الأشخاص هم من الذين يحتلون مكاناً في قلب الصغير كالأب والأم أو المعلمة وذلك ما تؤكد عليه نظرية (ميللر ودولارد) في التعليم، و هو أننا نتعلم تقليد الأشخاص المهمين أكثر من الأشخاص غير المهمين.

جـ- الخصائص النفسية لذوي الإعاقات الكلامية:

تترك الإعاقات الكلامية كغيرها من الإعاقات الأخرى آثارها البارزة في نفسية المصاب بها حتى لو كانت أسبابها عضوية فسيولوجية بحتة. وعلى الرغم من أن ارتباطها بالأسباب النفسية غير مثبت دائماً فإننا نلمس آثاراً نفسية سيئة في شخصية المصاب بها.

فالمصاب بعيوب كلامية يقل اعتماده على نفسه وشعوره بالسعادة، ويقل قبول تراجع الآخرين لديه أو الميل للتعاون أو تحمل المسؤولية. كما تزيد عيوب الكلام من شعور المصاب بالنقص وتكون شخصيته غير قيادية بل تغلب عليه المسايرة والتبعية والعجز عن المنافسة أو الدخول في نشاطات جماعية (عثمان، 1981).

ويضيف محمد السيد الهابط (1987) إلى ذلك أن المصاب بهذه العيوب الكلامية يشعر باحتقار الذات أثناء الحديث ويشعر أحياناً بثورات من الغضب كرد فعل انتقامي لسخرية الآخرين منه على أمر خارج عن إرادته. ويكون أقل رغبة في التكلم مع الآخرين ويميل إلى العزلة والانطواء والعصبية ويتميز بسوء التوافق الشخصي، فيؤثر ذلك على دراسته أو عمله وسلوكه مع رفاقه والمحيطين به، فيقل شعوره بالسعادة ويزداد شعوره بالحزن والأسى والنقص والخجل.

إن شعور الطفل بالانعزال والانطواء يؤثر على سلوكه العام، فقد يصبح غير متعاون وينعدم حماسه وتجاوبه ويساوره شعور بالرثاء لنفسه. وقد ينقلب الأمر إلى عكس ذلك فيصبح فظاً ويسلك سلوكاً عدائياً. وفي كلتا الحالتين يتطلب الأمر منا أن نفهم أن عجز الطفل مسؤول منه ولكن ليس بأي حال من الأحوال مسؤولاً عنه. ويتأثر المصاب بعيوب كلامية بالمعاملة التي يلقاها ممن حوله. فإن كان غيره يهزأ منه فإن هذا يزيد من شعوره بالنقص، وإن كان يعطف عليه عطفاً مبالغاً فيه فإن ذلك يذكره بعجزه.

ولهذا نجد احتمالاً كبيراً في أن صعوبات النطق والكلام تجعل الشخص شاعراً بنقصه شعوراً مباشراً، مشتقاً من مسلك الناس نحوه. ويترتب على ذلك نوعان من السلوك: نوع يدل على الخوف من الغير والانكماش والابتعاد عنهم، ونوع يدل على نقمته وكراهيته لهم، فأحياناً نجد بعضهم ينزوي عن رفاقه في المدرسة وإن قام بنشاط فهو نشاط فردي غالباً أما في البيت فقد نجده ناقداً لإخوته مشاكساً لهم.

إن هذه الأمراض الكلامية تعرّض المصابين بها إلى المتاعب ومعاناة الآلام. وكم فرصة من فرص الحياة تفلت من أيديهم بسبب ترددهم هذا وعيبهم وخجلهم. وهذا بالتالي يعرضهم لآلام نفسية مريرة . «وكل هذا يعرقل سيرهم في معترك الحياة ويعرضهم للتهكم والسخرية ويخطو بهم خطوات حثيثة إلى القنوط واليأس حتى

نراهم أحياناً يفكرون في الانتحار والتخلص من الحياة. إنهم بالفعل من المنكوبين الذين كبدهم الزمن فوادح الأثقال» **(مصطفى فهمي، 1975، ص 163).**

د- نظريات تفسر الاضطرابات الكلامية:

هناك كثير من النظريات التي تفسر الاضطرابات الكلامية، منها نظرية الاستحضار والنسيان السمعي، ونظرية الضعف الإبصاري ونظرية المنعكس الشرطي ونظرية الخوف والانتباه إلى الذات ونظرية التعارض بين اللحاء المخي والمراكز العصبية السفلى ونظرية التحليل النفسي ونظرية المستويات المخية وسيطرة جزء من المخ على الآخر والنظريات المتعلقة بميكانيزم التنفس.

ولقد أشار وليم الخولي **(1950)** إلى أن لكل من هذه النظريات إحصاءات عن حالات النجاح وحالات الفشل بين من عولجوا بناءاً على نظريتهم. وقد قامت على أساس كل من هذه النظريات وسائل للعلاج تختلف كل منها عن الأخرى. وفيما يلي سنعرض بعضاً من هذه النظريات:

1- النظرية العضوية: ترى هذه النظرية أنه ليس لهذه الاضطرابات الكلامية تعليل عضوي، أي أنها لا ترجع إلى إصابة جزء ما من أجزاء المخ ولكن هناك حالات يكون فيها الاضطراب الكلامي أحد الأعراض النهائية لإصابة بالغة بالمخ تشمل المنطقة المهيمنة على عملية الكلام في المخ. ولكن باستثناء الحالات النادرة، فإن الاضطراب الكلامي لا يصاحبه أي تغييرات عضوية تلقي الضوء على مصدر هذه العلة.

2 - النظريات الفسيولوجية: وترى هذه النظريات أن الاضطرابات الكلامية لا ترجع لاضطرابات فسيولوجية كاضطرابات التنفس وضغط الدم. والتغيرات الفسيولوجية العديدة التي لوحظت في الاضطرابات الكلا مية ما هي إلا أعراض مصاحبة للانفعال الذي يعانيه المصاب أثناء الحديث.

غير أن ثمة نظرية فسيولوجية أخرى لتعليل الاضطرابات الكلامية لا تزال تجد من يؤيدها «نظرية الكرة المخية Cerebral Hemispheres والسيطرة الدماغية من أحد النصفين على الآخر. فمن المعروف أن كلاً من نصفي المخ ينظم حركات النصف الآخر من الجسم. ولما كانت عملية النطق تتضمن تآزراً بين نشاط عضلات مختلفة واقعة من الناحيتين اليمنى واليسرى فهي تتطلب نشاط نصفي المخ معاً. ويتخذ أصحاب هذه النظرية من الحقائق التالية تأييداً لنظريتهم.

إن غالبية الذين يعانون من اضطرابات في النطق والكلام كانوا من أصحاب اليد اليسرى وبدأت هذه الاضطرابات عندهم في الوقت الذي دفعوا فيه دفعاً إلى استخدام اليد اليمنى في تناول الأطعمة والكتابة ونحوها.

وكثيرون تحسنوا بعد عودتهم إلى استخدام اليد اليسرى. وحديثاً وجد عن طريق رسم المخ الكهربائي Electro Photography تأييد لهذه النظرية. فقد وجد أن الموجات المعروفة باسم ألفا Alpha في نصفي المخ تكون في علاقة زمنية غير سوية عند من يعاني من اضطرابات في النطق والكلام.

3- **النظرية السيكولوجية:** ترى هذه النظرية إرجاع هذه الاضطرابات في الكلام إلى عوامل نفسية، فالذين يعانون من اضطرابات النطق نجدهم ينطقون الكلام صحيحاً واضحاً وحدهم بعيداً عن التجمعات. وقد يتكلم أحدهم بطلاقة ويختفي اضطرابه مؤقتاً إن حدث ما يستثير انتباهه بشدة إلى شيء خارجي وقت الحديث. ويكاد يجمع الرأي على إرجاع اضطرابات النطق والكلام إلى عوامل نفسية غير أن كل فريق ذهب في ذلك مذهباً.

ونأخذ من هذه النظريات نظرية التحليل النفسي، فهناك أكثر من نظرية وضعها أتباع مدرسة التحليل النفسي ترجع هذه الاضطرابات إلى نوع من النسيان حيث أن

حوادث الطفولة تثير الألم والخجل فينطوي هذا في اللاشعور وتصبح ذكراها مكبوتة ويصبح استحضارها في الذهن في الحالة العادية غير ميسور. فكل صوت أو مقطع أو كلمة تشير إلى هذه الحوادث أو تثير ذكراها لا يسهل تذكرها أو إخراجها، وبعبارة أخرى أن هناك خوفاً دائماً من إظهار شيء مخفي في اللاشعور، ومن هنا نشأ الكف Inhibition الذي يتجلى في النطق.

ووضع كل من (ابلت Appelt) و(كوريات Coriat) نظرية أخرى في ضوء نظرية التحليل النفسي اعتبروا فيها اضطرابات الكلام تثبيتاً للمرحلة الشبقية الفمية Fixation Of Oral Stage وكأنه ترديد اضطراري في النطق بهدف الاحتفاظ باللذة الصبيانية.

أما (أدلر) فقد يرجعها إلى أنها صورة من صور ميكانيزمات الانسحاب الراجع إلى الإحساس بالدونية. فالفرد إذا أحس أنه دون غيره فقد يحجم أو يتردد في أن يتكلم كما لو كان متوقعاً من المستمعين أن يردوه عن الكلام. ومن هنا ينشأ الكف الذي يتسرب إلى عملية النطق. ويتخذ المريض من الاضطراب عذراً يبرر به فشله، وهكذا يكون للاضطراب عنده قيمة للتوافق وإن كان توافقاً سيئاً من النوع التبريري.

ومن النظريات المقبولة لتفسير تأخر الكلام من وجهة نظر علم النفس الموضوعي تلك التي ذكرها (فلتشر Filtchar) فهو ينظر إلى الاضطرابات الكلامية لا كأنها عيب في الكلام بل كعلامة لسوء توافق الشخصة Personality Maladjustment لأن المصاب يعاني من اضطرابات في النطق عندما يكون الكلام واسطة للتعامل مع المجتمع وليس عندما يجلس وحده.

ولذلك فالاضطرابات الكلامية لا تعد إعاقة مرضية في ذاتها ولكنها الاستجابة التي يستجيبها الفرد لوجود المستمعين، فهي نوع من الخوف من الاندماج في المجتمع.

ولا يرجع سوء التوافق في الكلام إلى صعوبة واحدة عاناها الطفل، أي إلى حادثة واحدة إلا فيما ندر وإنما إلى سلسلة من الصعوبات التي تتراكم وتتجمع إلى بعضها. وكلما كانت هذه السلسلة أطول من ناحية الزمن وأشد تاثيراً من ناحية الانفعال، كان الاضطراب الكلامي أشد وأقل قابلية للشفاء.

هـ- تصنيف الاضطرابات الكلامية:

ليس هناك اتفاق على تصنيف واضح للعيوب الكلامية، حيث يختلف العلماء في أساس التصنيف، فمنهم من يصنفها على أساس مصدر العلة وسببها ويكون التصنيف على هذا الأساس على النحو الآتي:

1- عيوب ترجع العلة فيها إلى أسباب عضوية.

2- عيوب ترجع العلة فيها إلى أسباب وظيفية.

أو تكون على أساس غلبة أحد أسبابها الوراثية أو البيئية مثل:

1- عيوب ترجع العلة فيها إلى أسباب وراثية.

2- عيوب ترجع العلة فيها إلى أسباب مكتسبة.

إلا أننا رأينا أن يكون التصنيف على أساس المظهر الخارجي للعيب الكلامي لأنه أكثر وضوحاً ويؤدي في نفس الوقت إلى تبسيط وتسهيل دراسة هذه الإعاقات الكلامية، ويتضمن هذا التصنيف ما يلي:

1- تأخر الكلام عند الأطفال.

2- احتباس الكلام (الحبسة) (الأفازيا).

3- العيوب الإبدالية.

4- الكلام التشنجي (التهتهة).

5- اضطرابات النطق أثناء القراءة.

6- الاضطرابات الصوتية.

ونظراً لأهمية الاضطرابات والعيوب والأمراض الكلامية فإننا سنفرد لها فصلاً خاصاً لكي نتمكن من عرضها بشيء من التفصيل تحقيقاً لأكبر قدر من الفائدة.





الفصل الرابع

بعض عيوب الكلام واضطراباته

الفصل الرابع

بعض عيوب الكلام واضطراباته

أولاً: تأخر الكلام عند الأطفال

أ- تعريفه: يعد تأخر الكلام من الأمراض الشائعة بين الأطفال في جميع المجتمعات منذ قديم الزمان. ولقد كان ينظر إلى اهتمام العلماء والباحثين بالأطفال الذين يعانون من تأخر في كلامهم وفي نطقهم على أنه مضيعة للوقت والجهد وكانوا يرون أن تقدم عمر الطفل ونضجه كفيل بأن يحل هذه المشكلة. وفي وقتنا الحالي فقد أصبح واضحاً أن إعطاء الاهتمام والرعاية لهؤلاء الأطفال يعود بالنفع والفائدة عليهم وعلى مجتمعهم ويحقق لهم النمو السليم.

ويتخذ تأخر الكلام عند الأطفال صوراً وأشكالاً عديدة منها ما يكون على شكل إحداث أصوات معدومة الدلالة كوسيلة لتخاطب الطفل وتفاهمه. وقد يتخذ أحد أشكال التعبير بالإشارات والإيماءات المختلفة بالرأس واليدين ويتخذ صورة استعمال لغة خاصة ليست لمفرداتها أية دلالة لغوية فتكون ألفاظاً مدغمة ومتداخلة.

ومع أن الطفل يولد بفهم طبيعي، إلا أنه قد يتأخر في الكلام عن السن المعتاد، ويسبب هذا التأخر في الكلام إزعاجاً شديداً للوالدين وذلك للاعتقاد السائد بأن له صلة بالضعف العقلي.

ومع أن التأخر الحقيقي في الكلام، الذي يقف حائلاً بين الطفل وما حوله يعد عجزاً يتطلب التشخيص والعلاج، إلا أن قلق الوالدين أحياناً لا يكون في محله. ففي

حقيقة الأمر إن التأخر في الكلام بمعناه العام عبارة عن تعبير صوتي غير منتظم تشمل أعراضه العامة والشائعة انعدام القدرة على نطق بعض الحروف أو تكرارها.

وسواء كان ذلك يتم بشكل إرادي أو لا إرادي فإن الطفل يجد صعوبة في نطق بعض الحروف مثل (ب – د – ت) وأحياناً ينعقد اللسان عن نطق بعض الحروف أو كلها. وهناك مميزات نفسية تميز متأخري الكلام عن غيرهم من الأطفال العاديين إذ نلاحظ عند الطفل المتأخر في الكلام الصمت الزائد والحساسية والحسرة المبالغ فيها بجانب الخوف والانقباض.

من المعروف عادةً أن أول كلمة يستعملها الطفل تظهر في الشهر التاسع تقريباً، غير أنه قد يحدث أن يتأخر ذلك تبعاً للفروق الفردية بين الأطفال. وتكتمل لدى الطفل في نهاية العام الأول مجموعة من ثلاث أو أربع مفردات. ثم يأخذ العدد في الزيادة التدريجية تبعاً للتقدم في العمر فيبلغ 22 كلمة في الشهر الثامن عشر و272 كلمة في نهاية العام الثاني، ويصل العدد إلى 896 في آخر العام الثالث وبين 1540 كلمة و2560 كلمة في العامين الرابع والخامس على التوالي (**رمزية الغريب، 1978**).

هذا هو المحصول اللغوي للطفل العادي في سنوات حياته الأولى، وهو خاضع دون شك لعوامل كثيرة من أهمها: إمكانية الطفل العقلية، ومدى استجابات حواسه المختلفة لما يدور حوله من منبهات سمعية وبصرية ولمسية، مضافاً إلى ذلك المستوى الثقافي للأسرة، وكذلك الطريقة التي يعامل بها الطفل سواء كانت قائمة على أساس من العنف والحرمان والضغط وعدم إتاحة الفرصة التي تمكنه من اكتساب الخبرات أم قائمة على أساس التفاهم والتسامح والتشجيع (**رشوان، 1992**).

وقد أثبتت كثير من الدراسات والأبحاث أهمية الأخذ بيد المصابين بتأخر الكلام لأن تأخر الكلام قد لا يخفى تأخراً مماثلاً في الذكاء، وإن التأخر النسبي في مظاهر الكلام قد لا يعني تأخراً حقيقياً. والأسرة أو المدرسة قد تلاحظ تأخراً في الكلام أو

تأخراً في تعلم الكلام. ويلاحظ أن الطفل يواجه أمرين في تعلم الكلام هما: تعلم الألفاظ وصور نقطها وأشكالها والتراكيب اللغوية، وتعلم ما تخفيه هذه الألفاظ والتراكيب من معان وخبرات.

ب- أسباب تأخر الكلام: هناك عدة أسباب تؤدي إلى تأخر الكلام عند الطفل مثل عدم سلامة الحواس وضعف استجابة حواس الطفل لما يدور حوله من منبهات سمعية بصرية، وإصابات الجسم الولادية وخاصة الأمراض وإصابات الجهاز العصبي وجهاز الكلام، ومستوى القدرة العقلية العامة، والمستوى الاجتماعي والثقافي للأسرة، وعوامل الحرمان العاطفي من الأم. حيث يعتبر التأخر في الكلام أحد الاضطرابات السيكوماتية التي تنتشر في كثير من الحالات لدى الأطفال بسبب حرمان الطفل من الأم.

وتتلخص هذه الأسباب في الآتي:

1- الحرمان العاطفي: إن عملية حرمان الطفل من أمه بسبب الطلاق والموت والعمل لها تأثير كبير في تأخر الكلام لديه. ويطلق البعض مصطلح قلق الفراق على الحرمان العاطفي بسبب حرمان الطفل من أمه وغيابها.

لقد وجد أن فراق الأم يؤدي إلى تأخر الكلام عند الطفل بالمقارنة بالطفل العادي الذي يعيش مع أمه وتشير بعض الدراسات إلى أن الطفل العادي في النصف الثاني من السنة الأولى وبداية السنة الثامنة الميلادية لا يعبر عن الرفض بتدوير الرأس بينما الطفل المحروم من رعاية الأم يعبر عن الرفض بتدوير الرأس وبكثير من الحركات السلبية. وقد أكد على ذلك معظم الباحثين وتوصلوا إلى وجود تأخر لغوي لدى الطفل المحروم في حدود (3-6) اشهر عن الطفل العادي.

2- الضعف العقلي: من المسلم به أن للضعف العقلي أثره في اكتساب اللغة عند الطفل، وفي مدى قدرته على استعمالها في التعبير اللفظي أو غيره. وقد وجد أن تأخر

الكلام الناجم عن ضعف القدرة العقلية يأخذ صوراً وأشكالاً كثيرة. فهو إما أن يكون في شكل أصوات لا دلالة لها يستخدمها الطفل المتأخر عقلياً كوسيلة للتخاطب والتفاهم مع الآخرين وهو في هذه الحالة يكون أقرب إلى الطفل الأصم الأبكم في كلامه وفي طريقة تعبيره عن حاجاته ودوافعه، أو أن تتخذ شكلاً آخر حيث نجد أن الطفل وقد تقدمت به السن وتجاوز مرحلة استعمال اللغة جيداً وما زال يستخدم الإشارات والإيماءات وحركات الوجه والجسم.

وهناك شكل ثالث لتأخر الكلام الناجم عن الضعف العقلي يتضح في تعذر الكلام باللغة المألوفة إذ أن الفرد المعوق لابد وأنه يلاقي صعوبات في استخدام اللغة بوصفها عنصر الاتصال بين الفرد والأفراد المحيطين به.

3- ضعف السمع: إن الطفل قد يكون في منتهى الذكاء ولديه الرغبة الشديدة في التعبير عما يريد، وقد تكون أعضاء النطق سليمة تماماً، ولكنه لا يتكلم، فهو لا يسمع الكلام ولا يكون لديه ما يقلده من أصوات.

مثل هذا الطفل يجب فحص أذنيه، فإذا كان سبب الصمم قابلاً للشفاء عولج منه، أما إذا كان مستعصياً فيجب تعليم الطفل الكلام بحركات الشفاه، ويتم هذا عن طريق أخصائي يعلم الطفل طريقة إخراج الحروف من الفم وكيفية تحريك لسانه وشفتيه ليقدم الحرف المطلوب.

لقد أوضحت بعض الدراسات أن هناك ارتباطاً كبيراً بين الأعراض النفسية والعضوية في حالات تأخر الكلام. فالطفل المتأخر في كلامه يتمتع بذكاء عادي في غالب الأحيان ومع ذلك لا يستطيع الكلام لسبب من الأسباب، فهو متوتر جداً يثير المنزل بعصبيته التي نتجت عن إحساسه بالنقص الشديد عمن حوله.

كما أن وجود عيب في عصب السمع أو الحاسة السمعية يحول دون إعطائه الفرصة الكافية للتمرين الصوتي لأن السمع معد لاستقبال الأصوات الخارجية. فالطفل عندما

لا يسمع أصواتاً معينة من حوله فإن ذلك يؤدي إلى عدم تطور أو نمـوّ الكـلام لديـه. وعند الكبر يؤدي إلى عدم القدرة على نطـق الحـروف والـتلفظ بهـا (ديريـك وديفيـد Derek & David، 1987).

4- المستوى الثقافي لـلأسرة: إن الأطفـال الـذين ينـشؤون في وسـط اجتماعـي اقتصادي ثقافي غير ملائم تقل لديهم القدرة على إخراج الأصوات أو مقاطع الكلمات، كما تقل قدرتهم على تنويع الأصوات والمقاطع، أي تقل نوعيتها كما يقل عددها.

كما تتأخر لديهم عملية تكوين المعاني والإدراك الحسي للأشياء وارتباطها بـاللفظ المعين الدال على الشيء أو الموضوع المعين.

ويرى الخلايلة واللبابيدي (1990) أن للمستوى الاجتماعي الثقافي للأسرة أثره في طريقة التعامل مع الأطفال، إذ أن طريقة التعامل معهم تلعب دوراً حساساً. فـالعنف والحرمان والتسلط وعدم إتاحة الفرصة للطفل لاكتساب خـبرات عمليـة يـؤدي إلى التأخر في الكلام لأن هذه الممارسات قد تولد الخوف والتردد وتوقع العقاب (وخاصة العقاب النفسي) مما يجعل الطفل يحجم عن الكلام.

إضافة للأسباب السابقة يمكن أن تكون هناك إصابة في المراكز الكلامية في اللحاء بتلف أو تورم أو التهاب وتكون أسبابها ولادية أو مـرض حـاد أو حـادث مبـاشر في الدماغ وهذه تسبب تأخراً في الكلام. وهناك أيضاً أسباب نفسية مرجعها قلـق الآبـاء حول قدرة الطفل على الكلام ودفعهم له دفعاً ليـتكلم منـذ طفولتـه وسـنوات حياتـه الأولى، وتدليلهم الزائد له مع الاستجابة إلى رغباته دون أن يتكلم، فيكفي أن يشير أو يعبر بحركة ما أو نصف كلمة أو كلمة مبتورة عما يريد ليلبوا لـه طلبـه وبالتـالي يعتـاد الاقتصار على هذا الشكل من اللغة. كما أن المبالغة في حرمان الطفل من الحنان يـؤدي إلى نفس النتيجة فيحجم عن الكلام لما يعانيه من التوتر والانفعال نتيجة الشعور بعدم القبول والقلق النفسي.

ومن الدراسة الميدانية التي قمنا بها لمجموعة من طلابنا (**أحمد والشيخ، 1996**) حول عيوب الكلام بجامعة سبها توصلنا إلى النتائج الآتية:

- عند زيادة تأخر الطفل في الكلام يصبح من الصعب عليه الاتصال بالآخرين ومسايرتهم.

- إن للمستوى الاقتصادي، الاجتماعي، الثقافي للأسرة أثراً كبيراً على قدرة الطفل في اكتساب اللغة وتفادي تأخر الكلام.

- كلما كان الجهاز السمعي للطفل ضعيفاً ساعد ذلك على تأخير الكلام عنده.

- إن لإصابة المخ بتلف تأثيراً كبيراً على تأخر الطفل في الكلام وخصوصاً إذا أصيبت منطقة الكلام.

- إن تعرض الطفل للحرمان بأشكاله المختلفة قد يؤدي إلى إصابة الطفل باضطرابات نفسية كالقلق وهذه تؤدي بدورها إلى التأخر في الكلام وعليه ينبغي عدم معاملة الطفل المصاب بتأخر في كلامه معاملة قاسية أو إهماله أو الحنان الزائد عليه بل يجب أن يتجنب أفراد الأسرة السخرية منه ويجب الابتعاد عن وضعه في مواقف محرجة بسبب هذا العيب الذي يعاني منه.

وإذا كان للطفل أخوة صغار يجب عدم مقارنة لغته أونطقه مع إخوته الذين يتكلمون أفضل منه لأن ذلك يترك أثراً سيئاً لديه ويزيد من مشكلته، ويجب إعطاءه الفرصة للّعب مع إخوته وتعويدهم على عدم السخرية منه وانتقاده أثناء الكلام. وعلى الأبوين الابتعاد عن الخلافات العائلية لأنها تثير لدى الطفل مشاعر الخوف والقلق مما يؤدي إلى كبت مشاعره، وعدم القدرة على التعبير عما يجول بخاطره. وينعكس ذلك على أداة النطق لديه فتكون سبباً في إيجاد عيوب كلامية بشكل أو بآخر.

جـ- أعراض تأخر الكلام ومظاهره: نستخلص مما كتب عن أعراض ومظاهر

تأخر الكلام أن تأخر الكلام عند الأطفال له عدة أعراض ومظاهر. فهو إما أن يأخذ شكل إحداث أصوات معدومة الدلالة يقوم بها الطفل كوسيلة للتخاطب والتفاهم، وهو في هذه الحالة أقرب إلى جماعة الصم والبكم في طريقة تعبيرهم عن حاجاتهم ودوافعهم، وإما أن يأخذ مظهراً آخر فنجده يعبر عما يريد بإشارات وإيماءات مختلفة بالرأس أو اليدين.

وهناك مظهر ثالث لتأخر الكلام يشترك فيه الكثيرون من أفراد هذه الفئة، حيث يتعذر عليهم الكلام باللغة المألوفة التي تعودنا سماعها، بل أننا نجدهم يستعملون لغة خاصة ليست لمفرداتها أية دلالة لغوية، إذ هي ألفاظ مدغمة متداخلة بدرجة لا تسمح بالسماح بمتابعتها أو معرفة دلالتها.

ونورد هنا بعض الأمثلة. عند دراستنا لحالة طفل في الخامسة من عمره يعاني من تأخر في الكلام لاحظنا أنه لا يشعر بأن كلامه يختلف عن الآخرين بالرغم من أنه يلاقي سخرية من أبناء الجيران والأصدقاء وعندما سألناه عن اسم أصدقائه أجاب: هوده أي: هويدة، مجوى أي: نجوى، آلة أي: هالة.

ووجدنا في حديثه مثالاً آخر وهو «هلاس أدي شلي شتة» ويقصد بذلك «خلاص بدي أشتري شنطة» ومن المظاهر الأخرى التي لاحظناها لتأخر الكلام عند الأطفال أن عدد المفردات التي يستعملونها يكون ضئيلاً جداً. أي أننا إذا أشرنا إلى شيء مادي مألوف، وطلبنا منهم تسميته تعذر عليهم ذلك (**أحمد والشيخ، 1996**).

وتوجد أعراض ومظاهر أخرى لتأخر الكلام وهي تتطلب من الآباء والأقرباء ملاحظتها بدقة ومن هذه الأعراض التأتأة واللعثمة وضآلة المفردات وتأخر بدء الكلام وإدغامه والعمى الكلامي.

وتظهر بعض الأعراض في ردود فعل الطفل السلوكية مثل الخجل والخوف والانطواء وسوء التوافق في الأسرة وفي المدرسة مع قضم الأظافر ومص الأصابع أو

عادات تبول غير سوية. وهذه كلها مظاهر سلوكية غالباً ما تصاحب الوضع النفسي والأسري للطفل المتأخر في كلامه. كما قد يلاحظ لدى الطفل تأخر في الجلوس والوقوف والمشي واضطرابات عضوية نهائية أخرى ... مع عدم إمكانية استخدام الكلام بالطريقة المألوفة التي تعودنا سماعها. ولكن الطفل غالباً ما يستخدم الكلام بلغة خاصة ليس لمفرداتها دلالة لغوية واضحة، وتكون على شكل ألفاظ متداخلة لا يمكن فهمها بسهولة، ويلاحظ على الطفل الإبدال في الأحرف وحذف بعضها أو قلبها.

ويلخص الزراد (1990) الأعراض الشائعة للتأخر الكلامي بما يلي:

1- إحداث أصوات عديمة الدلالة والاعتماد على الحركات والإشارات.

2- التعبير بكلمات غير واضحة بالرغم من تقدم عمر الطفل.

3- تعذر الكلام بلغة مألوفة ومفهومة.

4- ضآلة عدد المفردات.

5- الاكتفاء بالإجابة بنعم أو لا أو بكلمة واحدة أو بجملة من فعل وفاعل فقط.

6- الصمت أو التوقف في الحديث.

7- اضطرابات سلوكية ونفسية وشخصية.

ويشير البعض إلى أن من بين الأعراض والمظاهر في تأخر الكلام أن يأخذ الطفل في حديثه العادي مع الآخرين نوعاً من الكلام (الطفلي) الذي نقله من الأطفال في سن عامين أو دون ذلك بالرغم من أنهم تجاوزوا هذه السن بكثير. كما أنه يستعمل لغة خاصة تختلف عما تعودنا سماعه من الأطفال العاديين في تلك السن.

وترجع هذه الظاهرة المرضية في الكلام إلى إصابة الأطفال بعد ولادتهم بأمراض كالحصبة واستمرارها فترة طويلة مع حدوث مضاعفات تؤثر في قدرتهم الكلامية، إذ

أن المرض لا يتيح لهم فرصة كافية للتمرين الصوتي. ومن خلال عرضنا لأهم المظاهر والأعراض لتأخر الكلام يتضح لنا أن معظم هذه الأعراض جسمية أكثر منها نفسية أو اجتماعية وهذا إن دل على شيء فإنما يدل على قلة اهتمام الأم بنفسها أو بالطفل أثناء حملها به.

د- **الكشف عند التأخر في الكلام لدى الأطفال**: يمكن الكشف عن التأخر في الكلام لدى الأطفال عن طريق أعراضه ومظاهره التي تم عرضها سابقاً. وهناك كثير من المقاييس التي تستخدم حالياً في الكشف عن التأخر في الكلام أهمها مقياس انثونج Anthong Scale 1971، وهو عبارة عن اختبار مكون من مجموعة من الصور، إضافة إلى جهاز تسجيل، وعادةً تستخدم (44) صورة تمثل صوراً لحيوانات مألوفة وأعضاء جسم ووسائل نقل ومزروعات وأدوات وأثاث، كما يمثل بعضها مواقفاً من الحياة يتناسب وبيئة الأطفال ومستواهم العمري وذلك من أجل تشخيص الأداء اللغوي. أما جهاز التسجيل فالغرض منه إعطاء مزيد من الدقة حتى يكتشف الاختبار والجهاز معاً تشخيصاً أدائياً لنطق الحروف بشكل عام والإبدال في الحروف بشكل خاطئ.

هـ- **علاج تأخر الكلام**: يتم علاج تأخر الكلام عند الأطفال بعدة أساليب وعدة طرق نوجزها فيما يلي:

1- **العلاج الطبي**: لابد من عمل فحص طبي شامل بواسطة الطبيب المختص وذلك لأن الكلام الصحيح يعتمد على درجة نمو الدماغ وأعضاء التلفظ وسلامتها. فإذا تبين من خلال دراسة أسباب تأخر الكلام أنه يرجع إلى عوامل عضوية فإن العلاج الطبي يكون في مقدمة أي علاج (**هتشنسون، Hutchnson 1986**). وهذا يستدعي توفر مراكز صحية خاصة للعناية بالأمومة والطفولة.

2- **العلاج النفسي الاجتماعي**: ويشتمل على عدة طرق ووسائل نفسية وتربوية واجتماعية وإرشادية ووقائية وعلاجية مثل:

أ- أسلوب الإرشاد النفسي الفردي.

ب- أسلوب الإرشاد الأسري.

جـ- التثقيف الاجتماعي.

3- العلاج الكلامي Speech Therapy: ويتضمن تمرينات على نطق الحروف والكلمات والجمل بأساليب تدريجية، وتحتاج هذه التمرينات إلى مهارة فنية في تطبيقها (الخلايلة واللبابيدي، 1990). كما يتضمن العلاج الكلامي أيضاً اشتراك الطفل في المناقشات والحوار مع غيره ممن يشكون من نفس الحالة.

ويرى بعض الباحثين أنه ليس ثمة طريقة محددة للعلاج، وإنما هناك عدة طرق تختلف حسب الحالات. وفي معظم الحالات يوضع عادة برنامج تدريبي متكامل يشتمل على تمرينات رياضية في الاسترخاء الجسمي وتمرينات رياضية لتقوية عضلات الصدر والحلق والفم والوجه واللسان، وتمرينات خاصة بالتنفس والتحكم في خروج الهواء من الفم والأنف. وعادة ما يقوم المعالج بتدريب الطفل على صوت واحد حتى يتقنه مع استخدام الوسائل التي تناسب الطفل مثل اللعب والصور والقصص أو يقوم بإجراء تدريبات على التحكم في حركات اللسان داخل الفم وخارجه مع نطق الحرف المحذوف مثل (س) مع الاستعانة بالمرآة. ويتم ذلك في جلسات للتدريب.

وتمتد جلسة التدريب عادة من (20-30) دقيقة وبمعدل (4-5) جلسات أسبوعياً. وفي بعض الأحيان يدرب الطفل على نفخ أنبوبة حيث يندفع الهواء بين فتحتي الأسنان الصغيرة ويتم النطق بالحرف (س) بشكل صحيح. ويمكن في بعض الحالات تحضير قطع شمعية تذاب قليلاً في ماء ساخن، ثم توضع قطعة الشمع في الماء البارد وتستخدم بعد ذلك للتحكم في إخراج الهواء ولفظ الحرف (س) بشكل صحيح (الزراد، 1990).

ثانياً: احتباس الكلام أو الحبسة (الأفازيا) Aphasia

أ- تعريف الحبسة:

تعرف الحبسة لغوياً بتعذر الكلام عند إرادته. وتعرف علمياً بأنها خلل يطرأ على الوظيفة اللغوية لدى الفرد نتيجة تغير مرضي لحائي يتجلى إما على صورة حبسة حركية تتسم بالعجز عن استخدام اللغة، أو على صورة حبسة حسية أو فهمية، تعني عدم قدرة الفرد على فهم اللغة المنطوقة أو المكتوبة (رزوق، 1979). ويعرفها حداد (1981) بأنها اضطراب يتعلق باللغة سواء الفهم أو النطق ويتفق مع ذلك زياد رجب وآخرون (1988) بأن الحبسة تعني اضطراباً في القدرة على استخدام اللغة سواء بالكلام أو الكتابة أو الفهم. ويعرفها فاخر عاقل (1988) بأنها اضطراب يشتمل على إضاعة القدرة على فهم ما يسمع أو ما يقرأ، أما الحبسة الحركية فهي إضاعة القدرة على اللفظ الواضح. أما تشارلز فيرست (1987) فيعرفها بأنها الاسم الذي يعطى لنوعية الاضطرابات في اللغة التي تعقب إصابة دماغية. ومن هذه التعريفات نستنتج التعريف الآتي باعتباره تعريفاً جامعاً تتفق معه معظم التعريفات السابقة وهو أن الحبسة خلل في المناطق العصبية المتعلقة بإخراج الكلام بالشكل السليم والمناسب سواء أكان ذلك نطقاً أو فهماً أو كتابة أو قراءة.

ب- أعراض الحبسة:

للحبسة أعراض كثيرة ذكرها مصطفى فهمي (1975) كما يلي:

- عدم القدرة على التعبير بالكلام أو الكتابة.
- عدم القدرة على فهم معنى الكلمات المنطوق بها.
- عدم القدرة على إيجاد الأسماء لبعض الأشياء والمرئيات.

- عدم القدرة على مراعاة القواعد النحوية التي تستعمل في الحديث أو الكتابة.
- عدم القدرة على القراءة.

وهناك أعراض أخرى تشمل التغيرات التي تطرأ على تصرفات الشخص العاطفية والفكرية وعلى التكوين العام لشخصيته، كالانطواء والانعزال والعناد والعدوان والاكتئاب وعدم التوافق والتأخر العقلي وضعف الذاكرة وأمراض عصبية مثل الصرع.

ج- شخصية المصاب بالحبسة:

لا تقتصر مشكلة المصاب بالحبسة على كونها عضوية بحتة، إنما هي مشكلة شخصية أيضاً. فاضطراب الكلام قد يكون انعكاساً لشخصية المريض ونتيجة لظروف وصدمات نفسية قاسية كان يعاني منها المريض قبل إصابته بالمرض، فضلاً عن أنها قد تكون نتيجة لأسباب المرض نفسها. وغالباً ما يكون المريض مضطرباً ويميل إلى الانطواء في عالمه الخاص والمحدود، كما يكون مصاباً باضطرابات عاطفية أو سريع الغضب والإثارة، ويشعر بالنقص وعدم الأمن والطمأنينة أو يكون غير قادر على الاتصال والتوافق. وهذا يختلف حسب تجارب المريض وقدراته العقلية ومحصوله اللغوي قبل الإصابة. وعلى العموم توحي كل الظواهر أن تفكير المريض وكلامه وتصرفاته الظاهرة هي انعكاس لشخصية جديدة تختلف عن شخصيته الأولى، وأن هذه الشخصية مرتبطة ومتصلة بأسباب المرض.

يشير تشارلز فيرست (1987) إلى أن الحبسات تنقسم إلى نوعين: أولهما الحبسة الحركية أو الإدراكية وفيها يعاني المصاب من اضطرابات في فهم الحديث، إذ على الرغم من قدرته على ترتيب الكلمات فإنه لا يفهم ما يقوله غيره، وإذا تحدث فإنه غالباً ما يذكر جملاً مؤلفة من خليط من الكلمات غير الواضحة وثانيهما: الحبسات الحركية وهي

تصيب الفرد دون أن تشكل لديه صعوبة في فهم اللغة، إلا أنه يجد صعوبة في التعبير عما يريد الإفصاح عنه. والإصابات المصاحبة للحبسة الحركية عادة ما تكون قريبة من منطقة القشرة الجبهية اليسرى وتسمى بمنطقة (بروكا) نسبة للجرّاح (بولس بروكا) أما الإصابات المصاحبة للحبسة الإدراكية فتكون في مكان أدنى أو في منطقة فرنيكة نسبة لمكتشفها العالم فرنيكة.

ويشير الخلايلة واللبابيدي (1990) إلى أنواع أخرى للحبسة توصل إليها علماء آخرون (منهم بيير ماري وهنري وجاكسون) عن طريق الأبحاث التشريحية للدماغ وتتضمن هذه الأنواع:

- **الحبسة الكلية أو الشاملة**: وهي التي يعاني المريض بسببها احتباساً في كلامه واضطراباً في قدرته على فهم مدلول الكلمات المنطوقة والمكتوبة، أي حبسة حركية وحسية.

- **الحبسة النسيانية**: ويكون المصاب بها غير قادر على تسمية الأشياء والمرئيات التي تقع في مجال إدراكه فيلجأ إلى الصمت لعدم قدرته على تسمية ما هو معروض عليه أو قد يكتفي أحياناً بالإشارة إلى ما يريد.

- **حبسة فقدان القدرة على التعبير بالكتابة (اغرافيا Agraphia)**: وفيها يتعذر على المصاب الكتابة.

د- المناطق العصبية المرتبطة بالحبسة:

إن مصدر العلة لجميع أنواع الحبسة يتصل بالجهاز العصبي المركزي. ويعد ذلك عاملاً مشتركاً بين أنواع الحبسة بالرغم من تفاوت مظهرها الخارجي، ولذلك من المفيد دراسة المناطق العصبية المرتبطة بالحبسة.

كما ذكرنا سابقاً أن الدماغ وما يشمله من مناطق متعلقة بالكلام ينقسم إلى قسمين

هما: النصف الأيمن والقسم الأيسر اللذين يقابل كل منهما الآخر. وهذان النصفان غير متساوين ولا متشابهين في الوظائف إذ تدل الدراسات على أن الفص الصدغي في النصف الأيسر أكبر من نظيره في النصف الأيمن لدى حوالي 96٪ من الناس وأن النصف الأيمن من الدماغ يسيطر على الحركة في النصف الأيسر من الجسم بينما يسيطر النصف الأيسر من الدماغ على الحركة في النصف الأيمن من الجسم، ولذلك فإنه للتعرف على المناطق الدماغية ذات العلاقة بالكلام لابد من التعرف على تقسيم الدماغ.

إن الدماغ ينقسم إلى أربعة فصوص يفصلها عن بعضها البعض أخدودان هما (أخدود رولاند وأخدود سيلفيوس) وهذه الفصوص هي:

1- **الفص الخلفي**: يقع هذا الفص في المؤخرة إلى الجهة السفلية من الدماغ وهو أصغر من بقية الفصوص. وقد تبين أن إزالة هذا الفص تؤدي إلى عمى مستديم.

2- **الفص الصدغي**: لهذا الفص صلة بالسمع والكلام وقد أثبتت الدراسات أن إزالة هذا الفص تؤدي إلى ما يسمى بالعمى النفسي. ومن التجارب التي أجريت في هذا الصدد تجربة (كلوفر وبوسي) فقد قام هذان العالمان بإزالة هذا الفص من بعض القردة فأصيبت بالعمى النفسي ويقصد به قدرة الفرد على رؤية الشيء مع عجزه عن التعرف عليه من الرؤية وحدها.

فالمصاب بالعمى النفسي يدنو من الشيء دون تردد فلا يتعرف عليه إلا عن طريق حاسة أخرى غير حاسة النظر مثل (الذوق – الشم – اللمس أو السمع). وفي التجربة قدم الباحث لهذه القردة مساميراً ثم طعاماً وهكذا... وكانت تتناول كلاً منها وتضعه في الفم وتأكل الطعام وترمي المسامير. معنى ذلك أنها لم تستطيع التمييز بين المسامير والطعام بالرؤية فقط بل استطاعت التمييز بعد ان اختبرتها بالفم (الذوق) (سعد جلال، 1985).

3- **الفص الجداري**: يعتبر هذا الجزء المجاور منه لفص الجبهة مركزاً للإحساسات الجلدية ويقع في الجزء الخلفي من الدماغ في الجهة العليا ويمتد بين أخدود سيلفيوس والفص الخلفي.

4- **فص الجبهة (الأمامي)**: يقع في الجزء الأمامي من الدماغ ويفصله عن الجزء الخلفي أخدود رولاند ويفصله عن الجزء السفلي أخدود سيلفيوس. وقد اتضح أن إزالة جزء منه يؤدي إلى إصابة الجزء المضاد بالشلل، بالإضافة إلى أن استثارة هذه المنطقة تؤدي إلى القيام بحركات لا إرادية مما يدل على أن لهذه المنطقة صلة بالحركة. كما وجدت صلة بين منطقة بروكا وما يسمى بفقدان النطق الحركي. وقد اتضح من دراسة بعض الحالات التي كانت تعاني من فقدان النطق الحركي وجود ضرر لاحق بهذه المنطقة أو ما حولها. ويقصد بفقدان النطق الحركي عدم القدرة على الكلام مع فهم الشخص للغة فهماً تاماً.

وبالنسبة للمناطق العصبية المرتبطة بالحبسة هناك عدة مناطق هي:

- **المنطقة الحركية**: تختص المنطقة اللحائية التي تقع مباشرة أمام أخدود رولاند بالفعاليات والوظائف الحركية، ومنها مناطق تختص بنطق الكلام. وقد أوضحت نتائج الدراسات أن المنطقة الحركية في أخدود رولاند في أي من نصفي الدماغ تستطيع أن تسيطر لوحدها على الفعاليات الحركية اللغوية لدى حدوث أي معنى في النصف الآخر.

- **المناطق الرابطة**: لقد اتضخ وجود علاقة بين المناطق الرابطة والسلوك اللغوي (من القدرة على الكلام إلى القدرة على فهم اللغة) حيث أوضحت دراسة بروكا للدماغ على مريض فقد قدرته على النطق تماماً أن العطب كان في الفص الأمامي من النصف الأيسر من الدماغ فوق أخدود سيلفيوس، وبامتداده في منطقة تقع فوق الأذن اليسرى إلى الأمام قليلاً وتسمى منطقة بروكا قد تبين أن الشخص يستطيع الترنم بأغنية ولكنه

لا يستطيع نطق كلماتها إلا بصعوبة شديدة. إضافة لذلك لقد وجد فرنيكة أن التلف الذي يصيب اللحاء في الفص الصدغي الأيسر تحت المنطقة السمعية مباشرة أو الممتدة إلى الخلف قليلاً يؤدي إلى فقدان القدرة على فهم اللغة.

كما أن المريض بهذه المنطقة يكون طليقاً في كلامه ولكنه يجد صعوبة في تذكر الكلمات. ولذلك يستعيض عن الكلمات بجمل طويلة أو يقوم بتبديل بعض الكلمات أو قد يلجأ إلى صياغة كلمات جديدة لا معنى لها. كما تبين من الدراسات أن مرور تيار كهربائي في مناطق معينة من الدماغ يؤدي إلى بوادر ظهور الحبسة، حتى يتم إيقاف التيار الكهربائي.

- **منطقة فرنيكة ومنطقة بروكا:** ومنطقة الكلام الإضافية التي هي جزء من المنطقة الحركية الإضافية تقع أمام أخدود رولاند ومقابل المنطقة المتخصصة بحركة القدم.

نستخلص من ذلك أن المناطق الثلاث توجد في نصف واحد من نصفي الدماغ وهي تعمل في الظروف الاعتيادية على السيطرة على الجوانب الفكرية في الكلام ويبدو أن دورها الأساسي هو الاحتفاظ بالكلمات لأنها تعمل كمخزن للكلمات في الذاكرة. فعند حدوث تلف في أسفل المنطقة الحركية تظهر أعراض الحبسة الحركية.

كما أن المنطقة اللغوية البصرية تختلف في موقعها عن المنطقة اللغوية السمعية. وكذلك الأمر بالنسبة للمنطقة الحركية الكلامية، مقارنة بالمناطق الحركية للكتابة، فالمناطق المتعلقة بالكتابة تقع في نهاية منطقة (فرنيكة) بينما تقع المنطقة المسؤولة عن الكلام بصرياً فوق منطقة (بروكا).

هـ- نظرية فرنيكة لتفسير الحبسة:

يرى تشارلز فيرست (1987) أنه بالرغم من النقد الموجه لنظرية (فرنيكة) إلا أنها بقيت حتى الآن أفضل نموذج لتفسير بعض أشكال الحبسة. وتعتبر هذه النظرية من أعماله بمثابة القاعدة لأغلب المحاولات الحديثة لتفسير مظاهر الحبسة.

وتقوم هذه النظرية على عدة أسس منها: أن فهم معنى اللغة هو ظهور صورة سمعية في المنطقة الصدغية للكلام. ولكي تظهر اللغة واضحة يجب وصول هذه الصورة السمعية للمنطقة الجبهية للغة حيث تصل إلى صور مبرمجة واضحة على ملامس القشرة المتحركة ومنطقة فرنيكة القريبة من الأجهزة التحليلية القشرية لحس السمع والتي تساعد في إدراك الحديث وفهمه.

وتؤدي الإصابات في هذه المنطقة إلى عدم وضوح الكلام. ولذلك تعد سرعة نطق المصابين بالحبسة بعدد من الكلمات غير الواضحة ناتجة ظاهرياً من منطقة خاصة بالحديث. ونتيجة لحدوث خلل فإن هذه المنطقة المولدة للحديث تبتعد عن رقابة الجهاز الذي يقوم بتحليل المعنى (فيرست، 1987).

ويجيب (فرنيكة) على تساؤل هام هو: من أين يأتي عسر تسمية الأشياء والذي يمثل صعوبة تعد مشكلة صعبة تواجه المصابين بحبسة الفص الصدغي... أي الحبسة النسيانية؟ فيقول: إن الحبسة النسيانية لا تنتج في الواقع بالتفكك بين التمثيل السمعي للكلمة وصورتها المتذكرة بل أنها تحدث نتيجة انفصال تام بين مجموع شبكة الكلمات المتشاركة. أي أن الكلمة لديها عدة معاني تتشارك فيها وتتركب منها.

فمعنى كلمة شجرة تتشارك مع فرع – ورقة – جذع – تربة ...الخ. وغالباً ما نجد الشخص المصاب بحبسة فرنيكة لا يستطيع تسمية الشيء الذي يطلب منه تسميته ولكنه يذكر اسماً آخر يتعلق به. فمثلاً يقول «فنجان» بدلاً من «قدح». وقد يهرب المفحوص من هذا العجز الظاهر ويلجأ إلى ذكر الغرض الذي يستعمل فيه بدلاً من ذكر اسمه.

في بعض الحبسات قد يكون النحو مضبوطاً لكن المعنى لا يكون كذلك أو العكس. وبالرغم من أنه من الصعب أن تكون المنطقة الأمامية الجبهية للّغة مختصة بالنحو والخلفية مختصة بالمعنى، إلا أنه وجد أن الإصابات الجبهية ينجم عنها حديث

بلا قواعد أي غير منتظم وتؤدي الإصابات الخلفية إلى عدم وضوح معاني الكلمات فيتكون حديث خال من المعنى. وتهتم هذه النظرية بتفسير وتحليل حالة «اللاقرائية» وفيها يكون المريض غير قادر على فهم ما هو مكتوب بالرغم من أن جميع وظائف اللغة الأخرى لديه سليمة.

ويرجع سبب ذلك إلى إصابة تؤدي إلى تلف القشرة البصرية اليمنى ومناطق اللغة في النصف الكروي الأيسر. وهذا يؤدي إلى عدم وصول المعلومات البصرية إلى مراكز اللغة وتصبح القراءة منعدمة بينما يكون بمقدور القشرة البصرية تحليل المعلومة الضرورية لكتابة الكلمات دون فهمها.

و- أسباب حدوث الحبسة:

يشير عطوف ياسين (1981) إلى أن مصدر العلة في الحبسات بصفة عامة يتصل بالجهاز العصبي المركزي، حيث يعد ذلك بمثابة القاسم المشترك العام الذي يربط بين الحبسات أما اختلاف ظهور إحداها دون الأخرى لدى مصاب دون الآخر فيرجع إلى خمسة أسباب هي:

- نوع الإصابة.
- موضع الإصابة في الجهاز العصبي.
- درجة الإصابة من حيث الشدة.
- مرحلة السن الذي يجتازه المصاب.
- الدور الوراثي والأثر البيئي.

ويمكن إرجاع الحبسة للأسباب التالية:

1- **أسباب عصبية:** وتعد من الأسباب الرئيسية لحدوث الحبسة ويكون السبب

ناجماً عن الخلل العصبي أو الإصابة العصبية في المناطق العصبية من الدماغ والتي سبق أن أوضحناها وهي: الفص الصدغي ومنطقة بروكا ومنطقة فرنيكة والمنطقة الحركية الإضافية.

2- **أسباب متنوعة عصبية وغيرها**: ويعزو مصطفى فهمي (1975) حدوث التعلم الخاطئ إلى خلل في المراكز البصرية للكلمات. وهذا الخلل الذي يحدث في الجهاز العصبي المركزي ينتج عن عدة أسباب هي:

أ- **أسباب وراثية**: تتمثل في خلل عصبي وراثي من الأم أو الأب أو كليهما.

ب- **أسباب بيئية**: مثل الحوادث أو الحروب والكوارث أو ظروف الحمل كتعرض الأم لحادث أثناء الحمل أو إصابتها بمرض أو ظروف الولادة أو الولادة العسرة والولادة بالآلات.

جـ- **أسباب مرضية**: مثل الحمى الشوكية (الالتهاب السحائي) ومن أهم أعراض هذا المرض ارتفاع في درجة الحرارة وصداع شديد مصحوب بالقيء والنعاس وسرعة التهيج والصداع الشديد عند الأطفال وتصلب الرقبة مع مقاومة أية محاولة لثنيها، ومرض النزف المخي الذي ينتج عنه حرمان المنطقة المصابة من إمدادها بالدم وغالباً ما يؤدي هذان المرضان إلى الإصابة بـ(الأفازيا الكلية).

د- **أسباب نفسية**: لقد اتضح أن الصدمات النفسية أو الانفعالية تساعد في ظهور الحبسة. والدراسة الميدانية التي قمنا بها في سنة 1996 أكدت لنا أن للصدمات النفسية والانفعالية الشديدة دوراً كبيراً في حدوث الحبسة، وأن للظروف والعوامل البيئية أثرها في ظهورها. كما تأكد لنا أن تعرض الفرد للحبسة يؤثر تأثيراً كبيراً في توافقه الشخصي والاجتماعي. وعليه ينبغي توفير المراكز الصحية والإرشادية وتوفير العلاج بكافة أنواعه سواء كان طبياً أو كلامياً بإشراف أخصائيين من ذوي الكفاءات. كما ينبغي عدم سخرية أفراد الأسرة والمعلمين من الطفل المصاب وعدم وضعه في مواقف

محرجة بسبب العيوب التي يعاني منها. لأن ذلك يترك أثراً سيئاً على الطفل ويزيد من مشكلته (أحمد والشيخ، 1996).

ز- تصنيفات الحبسة وأنواعها:

أورد فيصل الزراد (1990) عدة تصنيفات للحبسة منها ما يلي:

- **التصنيف الأول**: تصنيف (هنري هد) ويقوم على أساس الوظيفة اللغوية ويصنف الحبسة إلى أنواع هي:

1- **الحبسة اللفظية**: ويكون المصاب عاجزاً عن كتابة الكلمات أو نطقها.

2- **الحبسة الاسمية**: يعجز ا لمصاب عن فهم أسماء الأشياء أو معنى الكلمات أو كل كلمة على حده.

3- **الحبسة النحوية**: وفيها يعجز المصاب عن تركيب جملة تراعى فيها القواعد.

4- **الحبسة المعنوية**: وفيها يعجز المصاب عن الكلام المركب في جمل مفيدة ولكنه يستطيع فهم الكلمات متفرقة كل كلمة على حده.

- **التصنيف الثاني**: ويشمل

1- **حبسة التعبير**: وهذا النوع من الحبسة يتعلق بالناحية الحركية أي أنه يتعلق بالقدرة على نقل الأفكار للغير. ومن أهم أشكال هذا التصنيف الخرس وهو عدم القدرة على التعبير لفظياً بدون وجود شلل في اللسان أو أعضاء الصوت مع القدرة على فهم الكلمات.

2- **حبسة الاستقبال**: وهي تتعلق بالناحية الحسية وعملية استقبال الكلام. ومن أشكالها الصمم اللفظي ويعني صعوبة فهم الكلام المسموع بالرغم من سلامة جهاز السمع والعمى اللفظي ويعني عدم القدرة على فهم الكلام المكتوب دون أن يرجع ذلك إلى إصابة البصر.

3- **الحبسة الناتجة عن فقدان الذاكرة:** حيث ينسى المصاب أسماء الأشياء التي يتعامل معها في الحياة اليومية دون أن يفقد القدرة على الفهم أو التعبير.

- **التصنيف الثالث:** وهو التصنيف التشريحي حيث يقوم هذا التصنيف على أساس تشريح الدماغ. فقد قام كثير من العلماء في المجال التشريحي للدماغ مثل بروكا وفرنيكة وبنتز وجاكسون وهنري هد... الخ. بدراسات وأبحاث توصلوا في نهايتها إلى تحديد خمسة أنواع رئيسية للحبسة وهي:

1- حبسة حركية أو لفظية.

2- حبسة حسية فهمية.

3- حبسة شاملة.

4- حبسة نسيانية.

5- حبسة فقدان القدرة على التعبير بالكتابة.

وسنشرح بإيجاز كلاً منها كما يلي:

1- **الحبسة الحركية Motor Aphasia:** وتسمى أيضاً الحبسة اللفظية أو الشفوية أطلق عليها حبسة بروكا نسبة إلى الطبيب الجراح الفرنسي بروكا فهو صاحب الفضل في اكتشاف الخلل النيورولوجي في الدماغ الذي تنجم هذه الحبسة عنه. وقد أوضح تشارلز فيرست (1987) أن مقر الإصابة بالحبسة الحركية هو البنية (الباحة) المحركة للغة في الفص الجبهي الأيسر وهي منطقة بروكا. ومن أعراض الحبسة الحركية عدم القدرة على التعبير الحركي الكلامي دون وجود ظاهرة مرضية أخرى. وفي الحالات الشديدة من هذا الاحتباس الكلامي يفقد المصاب القدرة على التعبير بحيث تحد حديثه مقصوراً على لفظة واحدة لا تتغير لديه مهما تنوعت الأسئلة أو الأحاديث الموجهة إليه مثل نعم أو لا.

وأحياناً عندما يكون المريض تحت تأثير ضغط انفعالي كبير فإنه يتمتم ببعض العبارات غير المألوفة، قاصداً بها الشتم والسباب والعدوان. ويكون المصاب بالحبسة الحركية قادراً على فهم مدلول الكلمات المنطوقة أو المكتوبة فهو يسمع ويفهم ما يقرأه من الصحف والكتب ويستطيع أن يدلل على فهمه وإدراكه لما يدور حوله من حديث أو أسئلة وذلك بالكتابة أو بتنفيذ ما يطلب منه، ولكن نسبة المصابين بهذا النوع من الحبسات قليلة.

إننا عادة نجد المريض مدركاً لعجزه فاهماً لخطئه وذلك في الحالات الخفيفة من هذه الحبسة. ويذكر مصطفى فهمي **(1975)** أنه عند علاج الحالات الشديدة يتمكن المريض من نطق الكلمات البسيطة وبصوت شبه مسموع مع ضعف في اللفظ واللهجة وطلاقة اللسان والضغط على بعض المقاطع والإسراع في بعضها الآخر والإخفاق في وضع الكلمات داخل الجملة فيفقد الكلام روح التعبير ويقلل من القدرة على الاتصال بالغير. وتكون الإصابة بهذا النوع من الحبسات ناتجة عن الحوادث أو الإصابات أو بسبب الولادة العسرة أو الولادة بالآلات وأحياناً تولد الإصابة مع الطفل بسبب إصابة أمه أثناء الحمل.

2- الحبسة الحسية Sensory Aphasia: وتسمى أيضاً الحبسة الفهمية أو حبسة فرنيكة نسبة للعالم فرنيكة الذي افترض وجود مركز سمعي يقع في الفص الصدغي من الدماغ. وعليه افترض بأن أي خلل في هذا الجزء يسبب إتلاف الخلايا التي تعمل على تكوين الصور السمعية للكلمات. وينتج عن ذلك ما يعرف بالعمى السمعي، ويقصد به فقدان القدرة على تمييز الأصوات المسموعة وفهمها ومعرفة دلالتها اللغوية حيث يسمع المصاب الحرف كصوت ولكن يصعب عليه معرفة مدلول الصوت الحادث. وهذا يدل على سلامة القدرة السمعية إلا أن الخلل ناشيء عن اضطراب القدرة الإدراكية السمعية. والدليل على ذلك هو أننا عندما ننطق حرف (الباء) أمام طفل

مصاب بهذه الحبسة ونطلب منه تكرار ما سمع نجده يقول (فـاء) بيـنما إذا كتبنـا هـذا الحرف للطفل وطلبنا منه قراءته فإنه يقرأه صحيحاً.

ومن هنا نستنتج أن العيب يتصل بالإدراك السمعي ولـيس بـالإدراك البـصري. والعمى السمعي قد يكون جزئياً أي قاصراً على بعض الحروف أو كلياً يـشمل معظـم الحروف الهجائية. ويرجع ذلك إلى مدى إصابة المراكز المخية الخاصة. ولهذا نجـد أنـه عندما يصل الطفل المصاب إلى مرحلة من مراحل النمو تسمح له بالتعبير عن أفكـاره بالكلام ينطق بكلمات كثيرة ولكن نطقه غريب وغير عادي.

وتكون لغة مثل هؤلاء الأطفال لغة خاصة لا يفهمها إلا الأشخاص المتصلين بهم اتصالاً مباشرة كالأم. وهذا النوع من الكلام يعد نوعاً من الكلام الطفلي حيث يـشتق الطفل لغته على حسب إمكانياته العقلية والحسية. ويوجد مظهر آخر للأفازيا الحـسية يستعمل فيه المصاب كلمة في غير موقعها أو ينطق كلمات غريبة لا معنى لها ولا صلة لها باللغة ولا بالحديث المطروح. وتقسم الحبسة الحسية إلى عدة أنواع منها:

أولاً: العمى اللفظي: وفيه يستطيع المصاب قراءة الكلمات المكتوبـة إلا أن قراءتـه تكون مشوشة وغير واضحة. إنه يفهم ما يقرأ ولكنه لا يتقن القـراءة حيـث يـستبدل الحروف (مثلاً خرج ينطقها حرج) أو يقلبها (مثل كتـب ينطقهـا تكـب) أو يعكـسها (مثل جمع ينطقها عمج) وغالباً ما يكون الإبدال جزئياً أي من الحروف المتقاربـة مثـل السين والشين ... الـخ والخلـل هنـا يعـود للمراكـز البـصرية للكلـمات مـع سـلامة المراكز السمعية.

ويتم علاج هذه الحالة عن طريق تدريب المصاب على ربط المقاطع المكتوبة بنطقها وبحركات أعضاء الجهاز الكلامي التي تساعد على النطـق. ومـن الأفـضل أن يـشير المعالج إلى الحرف أثناء قراءة المصاب لأن ذلـك يـساعد عـلى ربـط الحـرف المنطـوق بشكله. بالإضافة إلى ذلك يسمح للمصاب النظـر إلى مـا يكتبـه زميلـه العـادي أثنـاء دروس الإملاء لأنه عن طريق ذلك يراجع نفسه ويصحح من أخطائه بتقليد جاره.

ثانياً: حبسة مضادة الألفاظ وترديدها: وفيها يردد المصاب ما يسمعه دون إضافة جديدة. مثلاً: إذا وجهنا السؤال التالي إلى الطفل المصاب ما اسمك؟ فإنه لا يجيب إلا بتكرار الكلمات التي يتكون منها السؤال ويقول مردداً ما اسمك؟ ما اسمك؟ دون ذكر اسمه.

ثالثا: الحبسة الفهمية: إن هذا النوع من الحبسات يتعلق بالقدرة على فهم الكلمات المنطوقة سواء أكان تعذر الفهم جزئياً أو كلياً. فإن كان جزئياً فإن المصاب يتمكن من فهم المعاني الجزئية للعبارات التي يسمعها مع تعذر فهم وإدراك المعنى العام. وقد يحدث ذلك أحياناً عندما يقرأ المصاب فقرة في كتاب ويتعذر عليه تلخيص ما يقرأ وذلك لوجود غموض لديه في المعنى. أما إذا كان تعذر الفهم كلياً فالمصاب يستطيع أن يتمتم بكلمات قليلة صحيحة النطق وسليمة من حيث مخارج الحروف، ولكن لا يوجد بين هذه الكلمات أي ارتباط ولا تدل على أي معنى.

3- الحبسة الكلية الشاملة: تعد من الحالات النادرة حيث يعاني المريض من احتباس في الكلام (حبسة حركية) بالإضافة إلى اضطرابات في فهم مدلول الكلمات المنطوقة والمكتوبة (حبسة فهمية). وهذا النوع من الحبسة يحدث بسبب إصابة في الدماغ تؤدي إلى انسداد الأوعية الدموية المغذية للمخ والألياف العصبية الواردة من المراكز العليا للحركة للفص الجبهي والمتجهة إلى الذراع والساق والأطراف وأعضاء النطق. ومثل هذه الإصابة تنتشر في جزء كبير من مناطق الكلام في النصف الكروي المسيطر.

ويمكن أن تحدث نفس الإصابة أو نفس الأعراض نتيجة للالتهابات والتورمات والضغط على مناطق معينة من الدماغ. ويمكن أن تنتج عن نزيف دماغي. وقد اثبتت الدراسات التشريحية أن إصابة الشريان الدماغي الأوسط تؤثر على جميع مناطق الكلام. ويرجع إليه معظم حالات الحبسة. يذكر عطوف ياسين (1981) أن المصاب

بالحبسة الكلية لا يستطيع القراءة أو الكتابة ولا يستطيع القراءة والكتابة ولا يستطيع فهم كلام الغير إلا قليلاً، ونجده عادة يعاني من شلل نصفي. كذلك يصاحب هذه الحالة عمى نصفي. وتختلف حالة الوعي بين الصحو التام ونصف السبات.

4- الحبسة النسيانية Forgetting Aphasia: يذكر الخلايلة واللبابيدي (1990) أن هذه الحبسة هي حبسة النسيان وعدم تذكر الأسماء، فالمصاب يكون غير قادر على تسمية الأشياء والمرئيات الموجودة في مجال إدراكه. فإذا طلبنا منه تسمية شيء نجد استجابته الكلامية تأخذ أحد الاتجاهين.

أ- في الحالات الشديدة يلوذ بالصمت ويصعب عليه إيجاد الاسم المناسب للمسمى.

ب- في الحالات البسيطة يستطيع إيجاد الأسماء المألوفة لديه بينما يعجز عن ذكر الأشياء غير المألوفة.

5- الحبسة الكتابية Agraphia: تعني فقدان القدرة على التعبير كتابياً، وقد يصاحب هذا النوع من الحبسات شلل في الذراع الأيمن. ومع أن الذراع اليسرى سليمة إلا أنه يصعب على المصاب الكتابة بها. وسبب هذه الحالة هو تلف في مركز حركة اليدين الموجود في التلفيف الجبهي الثاني بالدماغ. ويتميز هذا النوع من الحبسة بخصائص معينة أهمها عدم القدرة على التنظيم عند التعبير بالكلمات على الورق لدرجة أنه يخيل لك بأنه كتبها وهو مغلق العينين.

حـ- تشخيص الحبسة:

يحتاج تشخيص الحبسة إلى دراسة عميقة ومنظمة من قبل علماء النفس والأطباء المختصين. وتتم عملية التشخيص بمراكز خاصة وداخل غرفة هادئة، حيث يكون المريض والمعالج وحدهما وتتبع الخطوات التالية:

1- يتم تحليل عملية الكلام عند المريض وذلك عن طريق محادثة المريض، وتقييم المظاهر الحركية لكلامه (النطق، النغمة) وطريقة التعبير اللفظي، ومدى فهم المريض لما يصنعه، حيث يوحي العجز عن الكلام مثلاً بالحبسة الحركية.

2- يمكن إجراء اختبارات للمريض، كأن يطلب منه أن يعيد قراءة ما يملي عليه ببعض الاختبارات التي ترتبط بالوظيفة الحركية للجهاز الفمي البلعومي والجهاز التنفسي، إذا يمكن أن تبين هذه الاختبارات وجود حبسة حسية، أما وجود صعوبة في التسمية مع سلامة وظائف الكلام الأخرى مثل القراءة والكتابة والتهجئة فيدل على وجود حبسة نسيانية.

3- عندما لا توضح المحادثة وجود أي عجز ظاهر في الكلام فإنه يمكن الاستعانة باختبارات تبين عدم قدرة المصاب على القراءة، وذلك بأن يطلب منه قراءة نص بصوت مرتفع مع سؤاله عن تفسير النص شفوياً وكتابياً.

4- يمكن إجراء اختبارات أكثر تعقيداً للتأكد من سلامة أجهزة الاستقبال ثم تحديد مدى كفاءة الاستجابة كأن يطلب من المصاب استخدام منبهين مختلفين يتعلقان بمسمى واحد. مثلاً مطابقة كلمة سيارة على صورة سيارة. كذلك المقارنة بين التسمية اللفظية والتسمية المكتوبة والمماثلة بين المنبه البصري والمنبه السمعي واللمسي.

ط- علاج الحبسة:

يشير عطوف ياسين (1981) إلى أن علاج الحبسة يبدأ انطلاقاً من «درهم وقاية خير من قنطار علاج» حيث ينبغي اكتشاف العلة في وقت مبكر لأن ذلك يلعب دوراً كبيراً في العلاج.

وإذا تأخر اكتشافها وتشخيصها فإنها تتأزم وتصبح صعبة العلاج. وليس لعلاج الحبسة قاعدة عامة أو منهج ثابت يعتمد عليه في العلاج. فمن النادر أن نجد حالة

تشابه الأخرى حيث تختلف درجة الإصابة ونوعها. وكذلك تختلف الحالات باختلاف الأمراض والأسباب وعليه يعتمد العلاج على التشخيص الدقيق النابع من العلة ذاتها وحجمها ومدى الإصابة وموضعها.

وكما أشرنا سابقاً فأن معظم حالات الحبسة ترجع إلى إصابات دماغية قد يتبعها تحسن تلقائي في الأيام والأسابيع أو الشهور الأولى وقد يحدث الشفاء كاملاً، فإن التحسن قد يقتصر على نطق بعض الكلمات بعد سنة أو سنتين من الإصابة.

ومن الدراسات النظرية والميدانية التي قمنا بإعادة تطبيقها وجدنا أن العلاج يتألف من قسمين هما:

1- **التدريب على الكلام:** يعد أمراً ضرورياً في كثير من الحالات وعلى الطبيب أن يقرره حسب الحالة. ولكن عادة لا يوصي الطبيب ببدء العلاج في الأيام القليلة الأولى من بدء الحبسة حيث لم يعرف بعد مدى الإصابة وإلى متى ستستمر أو تنتشر. أي أن التدريب على الكلام يعتمد على حالة المصاب ونوع الحبسة ودرجتها. فإذا كانت الحبسة كلية ولا يستطيع المصاب الكلام أو فهم الكلام المكتوب أو المحكي له فإنه لابد من الانتظار عدة أسابيع حتى تبدأ بعض وظائف الكلام بالعودة.وبعد أن يستعيد المصاب بعض الكلام يمكن للمعالج أن يبدأ بتشجيع المريض ومساعدته على استخدام هذه الوظائف العائدة ما أمكنه ذلك.

وإذا كانت الحبسة خفية؛ يرسل المريض إلى أخصائي في مركز معالجة الكلام لتثبيت الاضطراب أو تحديده. وهناك مناهج معدة للتدريب على الكلام يقوم بها خبراء في هذا المجال. كما يمكن لفرد مهم من الأسرة أو لمعلم المدرسة أن يقوم بهذا العمل تحت توجيه أو إرشاد أخصائي لمعالجة الكلام.

2- **التدريب الكلامي أو العلاج الكلامي Speech therapy:** ويسمى أحياناً بالتعليم الكلامي ويتم بإحدى الطريقتين – الطريقة الجزئية أو الطريقة

الكلية. والطريقة الكلية تعد أسرع وأثبت وتتم بوضع الشيء أمام المصاب ثم النطق باسمه وتكرار النطق بالاسم مع الإشارة إلى الشيء.

وهنا يتكون ارتباط شرطي (نموذج التعلم الشرطي البسيط – ايفان بافلوف) ويستمر ذلك حتى يستطيع المصاب معرفة الأصوات المنطوقة وربطها بمظهر الشيء الخارجي وذلك عن طريق التكرار المستمر مع التشجيع (وأثر التغذية الراجعة).

وبجانب هذه التمرينات يحتاج المصاب إلى أنواع أخرى من التدريبات والتمرينات الطويلة والمتواصلة والتي تتركز على (اللسان والشفاه والحلق ويستعان بالأدوات السمعية والبصرية من أفلام وتسجيلات وغيرها). ولهذه التمرينات أشكال متعددة ومختلفة فإما أن تكون داخل فجوة الفم أو خارجها.

أما التمرينات الخاصة بالحلق فتكون أكثر صعوبة من تمرينات اللسان والشفاه. وتتم عادة عن طريقة التثاؤب ونطق بعض المقاطع الصوتية، وتستخدم هذه الطريقة لدى الأخصائيين في العيادات الكلامية. والغرض من التمرينات السابقة هو تعويد المصاب على التحكم في الجهاز الكلامي (الخلايلة واللبابيدي، 1990).

أما الطريقة الجزئية فلا غنى عنها وتستخدم في علاج بعض الحالات حيث توجد تمرينات خاصة بالحروف المتحركة والساكنة. ويمكن أن يتم في هذا النوع من العلاج الاستعانة بمرآة كبيرة لتمكن المريض من معرفة حركات لسانه ورؤيتها عند إحداث كل صوت على حده. وعن طريق التكرار يتمكن المريض من استعادة نماذج الكلام التي نسيها أو تعلمها تعلماً خاطئاً وبالتدرج يكتسب عن طريق الخبرة الجديدة والممارسة كلاماً سليماً خالياً من العيوب.

ومن الضروري لعلاج الحبسة عند الأطفال أن تشخص تشخيصاً دقيقاً خاصة الحبسة التعبيرية والحبسة الحسية، حيث يصعب الفصل بينهما عند الأطفال وذلك

بالإضافة إلى ما مر به الطفل سابقاً داخل أسرته كالتأخر في الكلام. وبعد ذلك تبدأ عملية تدريب الطفل على الكلام والفهم.

ويبين الزراد (1990) محتوى التدريب ويلخصه في الآتي: النطق – التقمص اللغوي – المعرفة القرائية – معرفة مفهوم الزمان والمكان (اليوم، غداً ...) فهم الحركات اليومية (فتح الباب) قراءة وكتابة كلمات لها ارتباط بالمحيط العائلي والحياة الأسرية.

إن مثل هذه الحالات لا تصلح إلا لأطفال تجاوزوا عمر ثلاث سنوات، أما قبل عمر الثالثة فيستعان بالصور والرسومات. ويضيف الخلايلة أنه من الضروري تشجيع المريض على تحريك أطرافه وتنشيط ذهنه وذلك باستخدام الألعاب الخشبية والورقية التي يلعب بها الأطفال حيث تساعد على تنشيط الأطراف وتركيز الانتباه والتفكير وإدراك العلاقات. ويجب تحسين بيئة المريض وإثرائها بالمثيرات الحسية لما لها من دور فعال في العلاج بجانب تجنب الاضطرابات الانفعالية والصدمات النفسية وعدم الاستقرار المنزلي، ولأن لها دوراً سيئاً يعرقل سير العملية العلاجية.

ومما سبق يتضح لنا أن لكل نوع من أنواع الحبسات تدريباته الخاصة التي تتضمن عادة: التعيين (كتعيين أو تسمية مواضع معينة) وتكرار الكلمات، والتسمية التي تعتمد على ربط المجال السمعي بالمجال البصري، واستخدام الكلمات بحيث تبدأ قصيرة ثم تطول أكثر، وتعلم الكلمات المتشابهة أي التي تحتوي على تشابهات شكلية.

ثالثا: الكلام التشنجي «التهتهة»

أ- تعريف التهتهة:

يعرفها البعض بأنها تشنج موقعي يكون على شكل احتباس في الكلام يعقبه انفجار، أو على شكل حركات ارتعاشية متكررة.ويبذل المصاب عند تحريك عضلاته

الكلامية جهوداً ومحاولات لاخراج الكلام، فتبدو عليه بوادر الضغط على شفتيه وعضلات جهازه الكلامي وبذلك يحتبس لسانه (**الخلايلة والبابيدي، 1990**).

ويعرفها الزراد (**1990**) بأنها نوع من التردد والاضطراب في الكلام حيث يردد الفرد المصاب حرفاً، أو مقطعاً ترديداً لا إرادياً مع عدم القدرة على تجاوز ذلك إلى المقطع التالي. ويرى أنها حالة تواترية اهتزازية حيث تعتبر اضطراباً من اضطرابات التلفظ مع العجز عن التلفظ والتردد في النطق وحيث يلاحظ على المريض بالتهتهة اضطراب في حركتي الشهيق والزفير أثناء النطق، مثل احتباس النفس ثم انطلاقه بطريقة تشنجية.

ويشاهد لدى المصاب أيضاً حركات زائدة عما يتطلبه الكلام العادي وتظهر هذه الحركات في اللسان والشفتين والوجه وتكون استجابات المريض الكلامية بطيئة وقد تتخللها انفجارات صوتية في نهاية الكلمات ويكون النطق غير مترابط. ويعرف أبوعرقوب (**1990**) التهتهة بأنها سلسلة من الترددات غير المنتظمة والتكرارات في الكلام أو أنها الإعادة والتكرار غير الإرادي للصوت أو المقطع أو الكلمة. ويرى أن التهتهة تبدو في تكرار الحرف عدة مرات دون مبرر معقول وبنفس منقطع ومتواصل مثل كلمة (بقرة) ينطقها (ببقرة).

ب- أشكال التهتهة:

توجد ثلاثة أنواع للتهتهة:

1- التهتهة التواترية: في هذا النوع يجد المريض صعوبة في نطق الكلمات أو في التعبير بوضوح ويصاحب ذلك بذل جهد وانفعال من أجل اخراج الكلمات. وعادة ما تكون بداية الكلام بطيئة ثم يصبح الكلم سريعاً مع إعادة أجزاء الكلمة مثال (ب ب ب بلح) وفي هذا الشكل لا تحدث تشنجات أو حركات عضوية شديدة. ويسمى هذا النوع بالتهتهة التواترية وهي تهتهة في مراحلها الأولى.

2- **التهتهة التشنجية الاهتزازية:** وفيها يكون المريض غير قادر على النطق بوضوح وخاصة في بداية الكلام، مع وجود صعوبة في نطق الكلمة الأولى. ويصاحب ذلك إعادة أجزاء الكلام مع وجود جهد واضح واستجابات انفعالية وتغير في قسمات الوجه، ومحاولات الضغط على الشفتين وعلى عضلات الحنجرة مع حدوث نوع من التوتر يظهر في شكل حركات ارتعاشية أو اهتزازية متكررة مع بعض التشنجات اللاإرادية. وتعتبر هذه المرحلة هي المرحلة الثانية من التهتهة التي يصلها بعد حوالي (6-12) شهراً من الشكل الأول.

3- **التهتهة التشجنية التوقفية:** وهي من أشد مراحل التهتهة. ومن أعراضها التوقف الواضح في محاولة الكلام بحيث لا يستطيع المصاب أن يحدث أي صوت بالرغم من حركة أعضاء الكلام. ويصاحب هذا الشكل تشنج في عضلات الوجه وارتعاش في الأطراف وضغط على الشفاه. مع اهتزازات لا إرادية شديدة، وتباعد في المسافة بين كل كلمة وأخرى.

وتصبح هذه الأعراض شبه راسخة لدى المريض وقد يعتاد عليها. والتهتهة في هذه المرحلة تبدأ من حالة تشنج اهتزازي يستمر بضع ثواني إلى حالة تشنج توقفي، حيث يشاهد احتباس الكلام الذي يتبعه انفجار. وفي هذه الحالات نجد المصاب يضغط بقدميه على الأرض مع ارتعاش في رموش العين واخراج اللسان، وتحريك اليدين، وتحريك الرأس إلى الخلف ويتم كل ذلك بهدف التخلص من حالة احتباس الكلام.

جـ- الخصائص النفسية للمصاب بالتهتهة:

يمكن تلخيص أهم الصفات النفسية للمصاب بالتهتهة في مراحلها المختلفة فيما يلي:

- القلق والإحباط.
- الإحساس بمشاعر الذنب.
- الشعور بالنقص والدونية.
- الخجل والتخوف من الكلام.
- الإنطواء وكبت المشاعر وقمع الأفكار.

د- العوامل المؤثر في التهتهة:

يمكن إرجاع التهتهة لعدة عوامل منها عوامل وراثية وعوامل عضوية وعوامل نفسية وعوامل اجتماعي.

1- العوامل الوراثية: أثبتت كثير من الدراسات التي أجريت على عينات من المصابين بالتهتهة بأنه توجد اضطرابات مماثلة بين أفراد آخرين داخل الأسرة التي يعيش فيها المريض ولعدة أجيال، وهذا يدل على دور عامل الوراثة. ولكن تبين بأن الوراثة لا تتبع في التهتهة نمطاً واحداً. وقد وجد أن نسبة تقدر بحوالي 25٪ من المصابين ترجع إصابتهم لعوامل وراثية.

وفي دراسة قام بها (لوني، **Launy 1966**) تبين أن نسبة 30٪ من الحالات كانت ترجع إلى استعدادات وراثية. ويشير الزراد (**1990**) إلى أن العوامل الوراثية في مجال اضطرابات الكلام يمكن أن ترتبط ببعض الاضطرابات العضوية حيث تصبح هذه الاضطرابات بمثابة تربة خصبة لاضطراب الكلام والتهتهة مثل الضعف الوراثي في جهاز التنفس أو جهاز الكلام أو الجهاز العصبي.

ومن الدراسات التي أجريت على التوائم الصنوية (المتماثلة التي تنشأ من بويضة واحدة) وجد أنه إذا كان أحد التوأمين مصاباً بالتهتهة فإن احتمال إصابة التوأم الآخر

تكون بنسبة (30٪) أما بالنسبة للتوائم المختلفة فإن احتمال إصابة التوأم الآخر تكون بنسبة 7٪ مما يشير إلى وجود عامل وراثي.

كما توصلت الدراسات إلى أن نسبة الذكور المصابين بالتهتهة أعلى من المتهتهتين الإناث بنسبة أربعة أضعاف تقريباً، علماً بأنه لا يوجد هناك فوارق بين الجنسين في المظاهر الإكلينكية للتهتهة. وقد فسر العلماء ذلك بالعامل الجنسي الوراثي وبأن الإناث لهن مقاومة كبيرة ضد العوامل الوراثية.

2- العوامل العضوية: يرجع بعض العلماء التهتهة لعوامل جسمية عضوية مثل وجود عيب خلقي في جهاز النطق أو تضخم اللوزتين أو وجود خلل في تكوين اللسان أو الإصابات المخية أو غير ذلك من الإصابات أو الإضطرابات العضوية. ويرجع ترافس Travis أسباب التهتهة لأسباب نيورولوجية (عصبية) وتعتمد وجهة نظره على سيطرة أحد النصفين الكرويين للمخ على حركات الجانب المخالف من الجسم. فإذا طلب من طفل أعسر الكتابة بيده اليمنى فإن ذلك يؤدي إلى زيادة سيطرة النصف الكروي الأيسر. ويحدث تعادل وظيفي بين النصفين الكرويين يؤدي إلى ظهور التهتهة في كلام الطفل.

3- العوامل النفسية: يتفق كثير من العلماء والمهتمين بالضطرابات النطق والكلام على أهمية العوامل النفسية في الإصابة بالتهتهة. فقد لوحظ أن حالات الغضب والشعور بالنقص وعدم الثقة والإنطواء الناتجة عن المعاملة القاسية والضرب والتهديد تنمي لدى الطفل مجموعة من الإضطرابات اللغوية. بالإضافة إلى ذلك نجد أن حالات التهتهة تظهر وتشتد في مواقف وظروف نفسية انفعالية معينة. مثلاً إذا كان الطفل بمفرده فإنه يتكلم بشكل عادي أما إذا كان أمام الآخرين فإنه يتهته. كما أوضحن بعض الدراسات أن هناك حالات من التهتهة كانت تعاني من اضطرابات ظهرت فيها التهتهة جنباً إلى جنب مع العامل النفسي.

وهناك حالات من التهتهة ظهرت فجأة بعد صدمة نفسية شديدة. ويرى البعض أن بعض الحالات والعوامل النفسية كالقلق ومشاعر الخوف وانعدام الأمن قد تحدث نتيجة لاضطرابات النطق. أما مدرسة التحليل النفسي فترى أن النزاعات والحفزات والدوافع العدوانية المكبوتة ومشاعر الذنب والصراعات المؤلمة قد تكون سبباً من أسباب التهتهة، فقد تنشأ التهتهة بسبب كبح الميول العدوانية أحياناً. وتفسر مدرسة التحليل النفسي ظهور التهتهة بعامل الاستدخال Introjection الذي يشير إلى التأثير الشديد لمشاعر وآلام الآخرين لدرجة الإصابة بنفس الأعراض الموجودة لدى الآخرين وكشكل من أشكال التطابق الهستيري. وتوجد هذه الحالات لدى الكبار.

4- العوامل الاجتماعية: وتضم الأسرة والمدرسة والمجتمع، ففي الأسرة يمكن إرجاع بعض حالات التهتهة. إلى التقليد والمحاكاة في حالة كون أحد الوالدين أو أحد أفراد العائلة يعاني من التهتهة أما في المدرسة فيؤكد القوصي (1975) بأن المدرسة تكون في بعض الأحيان مسؤولة عن ظهور التهتهة عند بعض التلاميذ وكثيراً ما تكون جواً صالحاً لتثبيت التهتهة. فإن كان جو المدرسة يشعر التلميذ مثلاً بالفشل في اللغات بنوع خاص أو بالفشل الاجتماعي فإن هذا يزيد من حالة الخوف وحالة التوتر. وإذا ظهر هذا الشعور بالفشل في المدرسة فإن المنزل عادة يزيده تدعيماً مما يزيد الحالة سوءاً على سوء. ومما يساعد على ظهور التهتهة الامتحانات وما تحدثه من قلق وما يترتب على ذلك من إرهاب وعقاب وإرهاق وتوتر عام في الجو المدرسي.

ومن الممارسات الخاطئة في العمل المدرسي طرح الأسئلة على التلاميذ طرحاً سريعاً والالحاح في طلب الإسراع في الإسراع في الإجابات، أو إرغام الطفل على سرعة الإجابة وهو في حالة خوف أو غضب. وكذلك من الخطأ تعليم اللغة القومية الصحيحة دون مراعاة الصلة بينها وبين اللغة الدارجة والتدرج من هذه إلى تلك. والتلميذ الذي يتعثر في نطقه تثبت عنده هذه الصعوبة إذا هزأ به أخوته أو مدرسوه أو إذا أظهروا أنهم منتبهون لتهتهته أو متوقعون حدوثها.

هـ- تشخيص التهتهة:

لتشخيص حالة التهتهة ينبغي عرض الحالة على أخصائي أمراض النطق والكلام وعلى الطبيب المختص بغرض اجراء الفحوص الطبية اللازمة لجهاز الكلام، ثم إجراء الفحوصات العصبية. ولابد من تدخل الأخصائي النفسي لتكون الفحوص النفسية والشخصية مكملة للفحوص الطبية. وهناك عدة اختبارات تصلح للصغار والكبار وتفيد في مجال تشخيص التهتهة من أهمها:

1- اختبار التات T.A.T أو تفهم الموضوع: وهو من الاختبارات الاسقاطية ويصلح للصغار والكبار وضعه موري ومورجان Murry & Morgan ويتكون من ثلاث مجموعات من الصور وكل مجموعة تحتوي على عشر صور. المجموعة الأولى خاصة بالرجال والمجموعة الثانية خاصة بالإناث والثالثة للجنسين معاً. ويفيد هذا الاختبار في الكشف عن الدوافع والانفعالات وأنواع الصراعات لدى الطفل، وخاصة النزعات المكبوتة التي لا يرغب الفرد في الإفصاح عنها. كما يفيد في تفسير اضطرابات السلوك والاضطرابات السيكوسوماتية (النفسية الجسدية). وفيه تعرض الصور على المريض واحدة بعد الأخرى ويطلب منه أن يذكر قصة تخطر على باله عندما يشاهد الصورة. وقد صممت الصور بحيث تمثل أفكاراً حول العلاقات بين الطفل ووالديه وحياته الجنسية والصدمات التي مر بها ومشاعره وميوله العدوانية.

2- اختبار كارل روجرز: ويستخدم لدراسة شخصية الأطفال الذكور. وهو يفيد في الكشف عن حالات سوء التوافق والشعور بالنقص والعلاقات الأسرية وأحلام اليقظة والقلق والصراع. كما يصلح للأعمار الواقعة بين (9-16) سنة. ويفضل تطبيق الاختبار بصورة فردية على الأطفال دون عمر العشر سنوات. كما يمكن تطبيقه بصورة جماعية على أن لا تزيد عن 50 طفلاً ومدة الاختبار من 40-50 دقيقة. وللاختبار كراسة تعليمات وطريقة تصحيح.

و- علاج التهتهة:

من خلال المسح النظري الذي أجريناه في هذا الصدد تم التوصل إلى طرق العلاج الآتية:

1- العلاج الطبي: يستخدم هذا النوع من العلاج حسب الحالة وهو يعتمد على معالجة نواحي النقص العضوية وقد يقتضي اجراء بعض العمليات الجراحية كما في حالة الزوائد الأنفية أو التهاب اللوزتين. وفي بعض الحالات تستخدم العقاقير الطبية من قبل الطبيب الاخصائي علماً بأنه لا يوجد دواء فعال ضد التهتهة. وهذه الأدوية تعطي للمرضى الذين تطورت لديهم التهتهة إلى شكل حاد تشنجي حيث أن معظم هذه الأدوية تحتوي على مهدئات من القلق والانفعالات وذلك بغرض التقليل من التشنجات.

2- العلاج النفسي: هناك الكثير من الوسائل التي تستخدم في العلاج النفسي من أهمها العلاج عن طريق اللعب إذا أظهرت هذه الطريقة نتائج مرضية في اكتشاف اضطرابات الأطفال وتفهم أسبابها وعلاجها، فاللعب يفيد في تحقيق غرضين علاجيين: أولهما، الكشف عن المشاعر أو النزعات العدوانية المكبوتة، فقد تبين أنه من خلال ممارسة الأطفال المصابين بالتهتهة ألعاباً خالية من القيود قد تبرز رغباتهم من خلال لعبهم ومهاجمة بعضهم بعضاً وإثارة الصخب والضجيج والصياح، وهذا يمثل الرغبات المكبوتة. وطريقة اللعب قد لا تكون كافية للتخفيف عن عبء كل مريض ومشاكله ما دام أساس العلة باقياً.

لكن سياسة العطف التي يتبعها المعالج إزاء ما ينكشف له من تلك الرغبات المكبوتة تجعل الطفل يشعر بالحرية والاطمئنان والإفضاء بما يجيش في صدره من دواعي القلق. وثانيهما، الانخراط تدريجياً في الأوساط الاجتماعية حيث اتضح أن اشتراك الطفل المصاب بالتهتهة مع غيره من الأطفال المصابين في اللعب يؤدي إلى

توطيد أواصر الصداقة بينهم وهذه الصداقة قد تمتد جذورها حتى تشمل المنزل والمدرسة والأوساط الاجتماعية المختلفة.

3- العلاج عن طريق التحليل بالصور: تعتبر هذه الطريقة من أكثر الطرق ملاءمة للصغار المصابين بالتهتهة على مختلف طوائفهم. ولها هدفان - الأول إنشائي - الثاني تحليلي. وبالنسبة إلى الهدف الأول لقد وجد أنه من الضروري تجنيب المتهته التفكير في الظروف والمواقف التي أدت إلى إصابته بهذه الحالة النفسية ووجد أن أسلم طريقة لاعفائه من استعادة الذكريات المؤلمة له هو استقاء المعلومات الضرورية من الطفل نفسه ولكن بطريقة غير مباشرة. وتستخدم في ذلك بطاقات «سبيرول المصورة» التي تحوي صوراً للمناظر والمواقف والوقائع التي تفرح الأطفال وتستدعي انتباههم وهي مقسمة إلى عشر مجموعات متعاقبة متدرجة بحيث تلائم مدارك الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 6-12 سنة. ويفيد التحليل بواسطة الصور في جمع معلومات قيمة متعلقة بشخصية الطفل وبصلاته بوالديه ومن حوله. أما بالنسبة للهدف الثاني فهو تحليل وتشخيص الحالة بدقة وباستعمال الأدوات المناسبة في التشخيص والعلاج.

4- العلاج عن طريق توجيه الوالدين وإرشادهما: أكدت كثير من الدراسات أن نشوء الاضطرابات النفسية عند المتهته تتصل بالمنزل الذي نشأ وترعرع فيه، وبالطريقة التي عامله بها والده ابان طفولته. ففي مثل هذه الحالات يمكن استخدام العلاج عن طريق النصح والارشاد. ويتخذ هذا العلاج صور مناقشات يحدوها روح التبسيط وتكون مجانية الكلفة لصد الآباء عن معاملة أبنائهم بالعنف والتعسف واقناعهم بأخذهم بالهداوة والحسنى.

ويجب ألا تتعدى هذه المناقشات الودية محيط الحياة اليومية وألا تتجاوز مستوى الفهم والادراك لتبصير هؤلاء الآباء بعلة أبنائهم إلى فتح عيونهم وتوسيع آفاق فهمهم والمامهم بأسبابها وإدراكهم إياها ادراكاً «صحيحاً عميقاً». ولقد تبين أن الآباء الذين استوعبوا أطفالهم وآمنوا بجدوى الارشادات ما لبثوا أن حسنوا معاملتهم لأطفالهم.

5- العلاج عن طريق الإيحاء والاقناع: يوجه هذا النوع من العلاج لتلافي قصور الطفل وخوفه الناجم عن عيوب الكلام لديه. ويستخدم الايحاء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة ليدرك المصاب ضرورة تعديل نظرته إلى نفسه بصفته شخصية لها كيانها ولها أحترامها ويؤدي الادراك تدريجياً إلى كسر شدة المخاوف. ويجري عادة كالآتي: تزجى لمصاب أثناء تمرينات الاسترخاء عبارات ايجابية، كأن يقال له أن حالتك لن تستمر على هذا السوء بعد الآن، وأن حالتك آخذة في التحسن دون شك.وهذه العبارات تكون للمريض حافزاً أو قوة تشجعه وتعينه على اعادة الثقة بنفسه وذلك من خلال الألعاب الكلامية التي تعد جزءاً من منهج التعليم الكلامي أما الاقناع فهو من الوسائل الشائعة المعروفة في مجرى الحياة العادية عند سائر الناس.

والاقناع هنا يأتي بمعنى عرض فكرة على شخص عرضاً مصحوباً في نفس الوقت بما يدعم هذه الفكرة ويجعلها معقولة ومقبولة. والطريقة المستخدمة في الإقناع لمعالجة التهتهة هي مناقشة المصاب لاستقصاء منشأ صعوبته وما يتصل بها من اضطراب. ويكون هدف المناقشة اقناع المصاب بالتهتهة بأنه بريء من أي علة تشريحية أو وظيفية تعوقه عن التغلب على صعوبته الكلامية.

6- العلاج عن طريق الاسترخاء: يمكن اعتبار التهتهة أحد الأمراض الجسمانية في شكل مرض نفسي سيطر على الفرد المصاب ثم تجاوز أفكاره وتصوراته إلى ذاته وبالتالي فقد اتزانه العصبي والنفسي ولذلك فإن السؤال الآن هو كيف يمكن اعادة الاتزان له؟

للإجابة عن هذا السؤال استنبط «جاكوبسون Jackobson» طريقة الاسترخاء التي يستطيع بها تدريب المريض على إرخاء عضلاته. فقد تبين له أنه بالاسترخاء التدرجي للعضلات تتلاشى شيئاً فشيئاً آثار النشاط الذهني والاضطرابات الانفعالية.

ونظراً للنجاح الكبير استخدم كثير من المعالجين طريقة جاكوبسون في علاج التهتهة بطريقة الاسترخاء.

7- العلاج الظلي: تتلخص هذه الطريقة في وضع الفرد المتهته أمام مرآة ليشاهد نفسه بنفسه الحركات العشوائية التي يقوم بها عند الكلام وتغيرات الوجه والتوترات ويسمع صوته ليشعر بغرابة كلامه وعدم انسجامه مما يزيد من انفعاله لدرجة يجعله تدريجياً يكره وينفر من هذه الحركات والأصوات التي تصدر عنه ويحاول التخلص منها.

8- العلاج السلوكي المنفر: يرى أصحاب المدرسة السلوكية بأن هذه الطريقة تعتمد على عملية توليد الكراهية والنفور والملل لدى المريض من كلامه وصوته المضطرب حيث يمكن إذا توفرت التقنيات اللازمة توجيه صدمة للمريض كلما أخطأ في سياق كلامه وزاد تهتهة بينما تقدم له مكافأة مادية أو معنوية كلما قلل من التهتهة وبهذا تصبح عملية التقهتهة مقترنة بالعقاب كلما زادت ومقترنة بالثواب كلما قلت.

9- العلاج عن طريق المهارسة السلبية: وهي طريقة نفسية مساعدة يلجأ لها بعض علماء النفس ملخصها هو وضع المصاب بالتهتهة في موقف يتطلب منه تكرار عملية الكلام والتهتهة عدة مرات متتالية حتى يؤدي ذلك إلى تعب الفرد من حيث القدرة على الكلام بهذا الشكل والنفور من عملية التكرار في حد ذاتها وبالتالي شعوره بالتعب وضرورة التخلص منه واكتساب استجابات جديدة وهذا ما يسميه جائري بالكف التبادلي.

10- العلاج عن طريق تمرينات الكلام الإيقاعي: تستخدم هذه الطريقة الحركات الإيقاعية وهي تفيد في صرف انتباه المصاب عن مشكلته لأن ذلك يؤدي إلى السرور والارتياح. ويمكن تطبيق هذه الطريقة بعدة أساليب منها: النقر بالأقدام، النقر باليد على الطاولة، وعن طريق الصفير. وتفضل في كثير من الحالات الطريقة الجماعية. فلقد أجريت كثير من البحوث والدراسات لمعرفة التأثير النفسي لها وقد ثبتت فاعليتها.

11- العلاج عن طريق النطق بالمضغ: وضعها العالم «فروشلز Froeshles». وهي تهدف إلى استئصال ما ثبت في فكر المصاب من أن الكلام بالنسبة إليه صعب وعسير. في هذه الطريقة يسأل المريض في البداية عن إمكانيته في إجراء حركات المضغ ثم القيام بها بهدوء وسكون. بعد ذلك يتخيل أنه يمضغ قطعة من الطعام وعليه أن يقلد عملية مضغ هذه القطعة وكأنه يمضغها في الواقع. فإذا تمكن من ذلك يطلب منه أن يحدث في عملية المضغ صوتاً. فإذا وجد صعوبة في ذلك فإنه يجب على المعالج أن يحدث نفس العملية أمامه. وبعد ذلك يوجه للمصاب بعض الأسئلة بصحبة نفس الأسلوب من المضغ مثل: ما اسمك؟ وما اسم والدك؟ وعنوانك؟. وتدريجياً يجعل المعالج المريض يجيب عن هذه الاستفسارات لهذا الأسلوب من المضغ. وتؤدي هذه الطريقة إلى تحويل انتباه الطفل المريض عن تهتهته ونطقه المزعج وتفيد في جعل المريض ينطق الكلماء بهدوء يتناسب مع عملية المضغ وتخلصه من مخاوفه. وتلعب المدرسة دوراً مهماً في علاج التهتهة حيث تسهم في التخفيف من حدة التهتهة إذ اتبع فيها ما يلي:

- أسلوب التشجيع والتقدير للطالب أمام زملائه وتكليفه بأعمال ينجح في أدائها.
- عدم مضايقة الطفل أو معايرته أو إشعاره بالضيق أو التضايق منه.
- استخدام الإرشاد والتوجيه الجماعي بإشراف المرشدين التربويين.
- إشراك الطفل في الرحلات والأنشطة المدرسية المختلفة.

رابعاً : العيوب الإبدالية

تعد العيوب الكلامية الإبدالية من أكثر العيوب النطقية عند الأطفال. ونلاحظها بكثرة بين سن الخامسة والسابعة، أي في مرحلة إبدال الأسنان. وكثير من الأطفال يتخلصون من العيب الإبدالي بعد عملية إبدال الأسنان إلا أن عدداً منهم يبقى هذا العيب ملازماً له إلى أن تتاح له فرصة العلاج النفسي والطبي والكلامي.

أ- تعريف العيوب الإبدالية وأنواعها:

يعرفها كثير من العلماء بأنها عيوب تتصل بطريقة نطق الحروف وتشكيلها وتتميز هذه العيوب بإمكانية إدراكها بمجرد الاستماع إلى المتحدث. وتظهر في صورة إبدال في الحروف لبعضها البعض. وهناك عدة أنواع أو أشكال للعيوب الإبدالية منها:

1- **الإبدال السيني أو التأتأة:** وفيه يبدل حرف السين إلى تاء (سعاد-تعاد) ويرجع السبب في ذلك إلى بروز طرف اللسان خارج الفم متخذاً طريقه بين الأسنان الأمامية. وتأخذ عملية الإبدال السيني شكلاً آخر حيث تقلب السين إلى شين. وفي طائفة ثالثة من حالات الإبدال السيني تبدل السين إلى تاء أو إلى دال.

2- **اللثغة:** إبدال ستة حروف بغيرها هي الهمزة والراء والسين والقاف والكاف واللام (أنت - عنت) (عمر - عمع)

3- **الطمطمة:** إبداء الطاء تاء (سلطان - سلتان).

4- **اللكنة:** إبدال الهاء حاء وقلب العين همزة (عمر = أمر) (هواء = حواء).

5- **الترخيم:** حذف بعض الحروف لتعذر نطقها (سعاد = ساد).

6- **العتعتة:** وهي إبدال الهمزة بالعين (أسمر = عسمر).

ب- أسباب العيوب الإبدالية:

هناك عدة أسباب للعيوب الإبدالية تختلف حسب الحالات والأعمار والبيئات يرجع بعضها لأسباب عضوية أو وراثية أو نفسية أو اجتماعية. وفيما يلي إيضاح موجز لأهمها.

1- الأسباب العضوية وتضم:

أولاً: عدم انتظام الأسنان: ويعتبر أحد أسباب العيوب الإبدالية إذ أن وجود تشوهات بينها من ناحية تكوينها الحجمي، ومن حيث القرب والبعد، ومن حيث تطابقها وخاصة في حالة الأضراس الطاحنة والأسنان القاطعة يجعل تقابلها صعباً ويعتبر هذا العيب العضوي التكويني على اختلاف صوره من العوامل المسببة، في أغلب الحالات.



شكل (5): صورة لأسنان فيها تشوه

ومن الأمراض التي تؤثر في حدوث عيب إبدالي شلل الأطفال الذي يؤثر في الجهاز الحركي. لقد أشار حسين رشوان (1992) إلى أن عدم تناسق الفكين وانطباقهما قد يكون سبباً من الأسباب المؤدية للإصابة بهذا العيب. فإذا لم يكن هناك تناسق وانطباق بين الفكين كأن يكون أحدهما بعيداً عن الآخر أو أقصر منه يؤدي ذلك إلى وجود فجوة بينهما. وإذا لم يكن وضع الأسنان أو تطابقهما متناسقاً فإنه يؤدي إلى وجود عيب في نطق بعض الحروف التي تحتاج إلى استعمال الشفتين والأسنان مثل حرف الفاء والدال والزاي.

ثانياً: التلف الناتج عن مرض من الأمراض لأعضاء إنتاج الكلام كاللسان أو الحلق أو الأسنان أو الأنف إذ أن أي خلل عضوي أو وظيفي في الأعصاب يمنع التآزر الحركي لإنتاج الكلام. ومن أهم الأمراض التي تؤثر في حدوث عيب إبدالي شلل الأطفال فهو يؤثر في الجهاز الحركي المنظم للكلام.

ثالثاً: عقدة اللسان حيث أن اللسان يتصل بمؤخرة قاع الفم بمجموعة من الحبال. فإذا كانت هذه الحبال قصيرة أو طويلة أكثر مما ينبغي فإن ذلك يعوق الحركة السهلة للسان ويتأثر تبعاً لذلك نطق بعض الحروف التي تحتاج لاستعمال طرف اللسان ومقدمته مثل التاء – الدال – الطاء.

رابعاً: إصابات في المخ نتيجة أمراض تصيب الجهاز العصبي وتؤخر عملية ارتقاء الكلام فتحدث تغيرات في الصوت وطريقة النطق.

خامساً: عوامل الولادة كما في حالة الخمخمة، إذ يتعرض الجنين في الأشهر الأولى من حياته إلى عدم نضج الأنسجة التي يتكون منها الحلق أو الشفاه فيترتب على ذلك عدم التأثر. وهنا تحدث فجوة في سقف الحلق أو يحدث انشقاق في الشفاه وخاصة الشفة العليا. وتبلغ نسبة الإصابة بهذه العلة نحو طفل واحد في كل ألف طفل.

2- الأسباب الوراثية:

إن للجانب الوراثي دوراً في حدوث العيوب الإبدالية فقد يؤدي النقص في القدرات العقلية وتخلفها إلى الإصابة بعيب إبدالي حيث أن الكثير من الأطفال المتخلفين عقلياً عادة ما يعانون من عيوب إبدالية.

3- الأسباب الاجتماعية:

كثيراً ما تتدخل العوامل الاجتماعية مع العوامل النفسية في التأثير على الإنسان وإحداث العيب الإبدالي لديه. ومن أبرز الأسباب الاجتماعية نظرة المجتمع للطفل الأعسر. وقد ذكر أحد الباحثين أن طفلة في الثالثة من عمرها تعرضت لضغوط شديدة

من ذويها لاستخدامها يدها اليسرى لكي تتخلى عن استخدام تلك اليد. ولكن حدث ما لم يكن متوقعاً. فقد ساءت لغتها وجعلتها تقع في هذا العيب. وعندما نصح الأخصائي النفسي ذويها بالإقلاع عن معاملتها بهذه القسوة واستجابوا للنصيحة عاد للطفلة وضعها اللغوي الطبيعي وزال العيب الإبدالي.

ومن الأسباب الاجتماعية المسببة للإبدال إصرار الأهل على أطفالهم ليكفوا عن فعل كذا أو يفعلوا كذا ولا سيما إذا تعلقت تلك التعليمات باللغة. ومن العوامل الاجتماعية أيضاً عدم توافق الطفل مع بيئته حيث يسبب ذلك انفصال الطفل عن بيئته ويجعل منه شخصية عصابية فيصاب بالعيب الإبدالي. ويذكر الهابط (1987) أن الإصابة بعيب إبدالي قد يرجع إلى إصرار الآباء على تعجل أبنائهم في الكلام قبل السن المناسبة مما يجعل الأطفال ينطقون خطأ ويتعودون على هذا الخطأ. وقد ترجع الإصابة بهذا العيب إلى تقليد الطفل لشخص كبير أو لطفل آخر مصاب بهذا العيب فتثبت عنده هذه العلة.

4- الأسباب النفسية:

يرجع كثير من العلماء العيوب الإبدالية إلى أسباب نفسية، غالباً ما تعزي إلى التثبيت Fixation في المرحلة الفمية. ويرجعونها كذلك إلى الارتباط بين الكلام والنزعات العدوانية بين الأبوين، ونتيجة لذلك يحدث للطفل قلق يتجلى في شتى صور الأنشطة الفمية. ومن ذلك الكلام الذي هو مظهر من مظاهر الفم. فقد وجد أن التوتر والعصبية أو الأفعال التي تظهر لدى هذا الطفل تخلق في بعض الأحيان ردود أفعال لديه كالحسد والرغبة في أن يكون مركز اهتمام. وإذا فشل في ذلك فإن إبدال بعض الحروف، كمظهر كلامي، يصبح أحد التعبيرات عن هذا الفشل.

وفي بعض الأحيان تكون الإصابة بعيوب إبدالية نتيجة لعامل الخوف أو الفزع أو

الاكتئاب الشديد أو ضعف الثقة بالنفس أو لتصدع الأسرة ومشكلاتها الحادة، أو الخوف الشديد من الوالدين على طفلهم. وقد ترجع الإصابة بعيب إبدالي إلى شعور الطفل بالنقص سواء من الناحية الجسمية أو العقلية أو الاقتصادية أو الاجتماعية أو عجزه عن تعويض هذا الشعور بالنقص بالأساليب التكيفية المنطقية، مما يجعله يلجأ إلى أساليب غير منطقية، منها تبديل بعض الحروف لتعويض هذا النقص. وقد يحدث الإبدال نتيجة للصدمات أو بسبب السخرية والاحتقار من جانب الزملاء. أو بسبب الرعب من حيوان مخيف، أو بسبب التهديد المستمر بالعقاب، كل ذلك قد يؤدي إلى حدوث عيوب إبدالية لدى الطفل.

جـ- الأعراض:

من أهم أعراض العيوب الإبدالية ما يلي:

- النقص في أسلوب الأداء من حيث طريقة نطق الصوت في المفردة. فقد يلفظ الطفل الذي يعاني من عيب إبدالي السين تاء أو الراء لاماً أو القاف دالاً. وهذا العيب يمكن التعرف عليه بمجرد الاستماع إليه.

- إخراج بعض الأصوات من غير مخارجها المقررة لها. فكثيراً ما يشترك الأنف كسبيل لإخراج الهواء بما يحدث هذا الوضع من تغير في أصداء الصوت أو أكثر من الأنف في وقت كان من الطبيعي فيه أن يخرج من الفم.

د- الآثار النفسية:

إن المصاب بعيب إبدالي كثيراً ما ينتابه شعور بالقلق ونقص في الثقة بالنفس والخجل والانطواء والعصبية وسوء التوافق في الدراسة والعمل. ويذكر مصطفى فهمي (1975) أن المصاب بهذا العيب يكون هدفاً للسخرية فينشأ هياباً قلقاً قليل الثقة، ويفضل الصمت والانزواء ويهرب من المجتمع إلا إذا اضطرته ظروف الحياة والتعامل



فيقوم بذلك رغماً عنه. ويضيف إلى ذلك بعض الباحثين أن الإصابة بعيب إبدالي تزيد من شعور المصاب بالنقص وعدم الكفاءة واليأس والخوف ويكون أقل رغبة في التكلم مع أقرانه أو يلجأ إلى العبارات السهلة فقط كما يميل إلى العزلة والانطواء على نفسه.

- ومن خلال الدراسة الميدانية التي أجريناها عن عيوب النطق والكلام شاهدنا عدة حالات تعاني من عيوب إبدالية. فكانت إحدى الحالات طفلة عمرها 7 سنوات تعيش في قرية صغيرة فكها العلوي بارز وليس لها أصدقاء، قليلة التحدث مع الآخرين وشديدة الخوف من الحيوانات. يرجع خوفها هذا لتعرضها لحادث عندما كان عمرها 4 سنوات، حيث هجم عليها كلب وعض شقيها الأكبر منها. وكان لهذه الحادثة أثر كبير في حياة هذه الطفلة فهي لا تخرج من البيت إلا نادراً. وإذا خرجت تخرج برفقة أحد أفراد الأسرة. ولاحظنا أن والد هذه الطفلة رجل قاس دائم الشجار مع الأم، متزوج من امرأة غير أمها ولا يميل إلى سياسة اللين أو التساهل في تربية الأبناء. ولدى صاحبة الحالة أربع أخوات أشقاء أكبر منها. وجميع أفراد الأسرة لا يعانون من عيوب النطق والكلام ما عدا هذه الحالة حيث تقوم بتبديل الرام إلى لام.

مستواها الدراسي ضعيف لا تشترك في الأنشطة المدرسية ونجدها أغلب الوقت منعزلة. تشعر بأن اليوم الدراسي طويل وتفضل الذهاب إلى البيت. تستعمل يدها اليسرى في الكتابة والرسم وتناول الأشياء. وتلاقي النقد الشديد من قبل الأم وأخوتها الكبار. تعرضت الأم في شهرها السادس من حمل هذه الطفلة إلى إرهاق وتعب شديد فاستخدمت بعض العقاقير المهدئة بدون استشارة الطبيب وقد كانت ولادة الطفلة قيصرية. ولدت وهي ناقصة النمو مما اضطر الأطباء إلى وضعها في الرحم الصناعي لفترة من الزمن. كانت عادات الأكل والشرب والتبول والتبرز بجانب المشي والتسنين كلها طبيعية.

نستخلص من هذه الحالة أنه من الصعب أن تحدد سبباً واحداً لإصابة هذه الطفلة

بهذا العيب الإبدالي. فقد يكون نتيجة للتشوه الموجود في الفك العلوي أي بروزه، وقد يكون السبب نتيجة الخوف المكبوت من حادثة الكلب وقد تطور هذا الخوف حيث أصبحت الطفلة تخاف من الظلام والسير لوحدها وتخاف من الأشخاص الغرباء، وقد يكون نتيجة إجبار الطفلة على فعل ما لا ترغب فيه مثل الكتابة باليد اليمنى فهذه كلها عوامل تضافرت في إحداث هذه الحالة أو المساعدة على إبقائها، لذلك يجب أن يتنوع العلاج لتخليصها من هذا العيب الكلامي.

هـ- علاج العيوب الإبدالية:

تتنوع الأساليب العلاجية التي قد تخفف الإصابة بهذا العيب أو تجنب المضاعفات التي قد تهدد تكيف الفرد ومستقبله التعليمي تبعاً لكل حالة فردية ولكنها يجب أن تشمل النواحي الصحية بإجراء الكشف الطبي وغيره من أنواع العلاج. ويحدد محمد النابلسي (1988) أهم أنواع العلاج فيما يلي:

1- العلاج التربوي Educational Therapy: هو علاج معقد يقوم به شخص متخصص ويعتمد هذا العلاج على النصوص المحفوظة جيداً والمقاطع والتراتيل الدينية التي يمكن للمريض التحدث بها دون عيب إبدالي بقدر المستطاع حيث يتم تسجيل حديثه على شريط كاسيت. وعندما نعيد هذا الشريط على مسمع المريض فإننا نساعده على معرفة اضطراب النطق لديه. وبعدها نعيد الشريط من جديد ونطلب من الطفل أن يكرر الكلمات المسجلة بصوته وذلك بفضل تدريبه عليها بشكل جيد. في هذه المرحلة نعيد التسجيل ونقارنه بالتسجيل الأول على مسمع من الطفل كي نتيح له ملاحظة التقدم الذي استطاع إحرازه مع تقديم التعزيز المناسب له، الأمر الذي يشجع الطفل ويزيد من تجاوبه مع العلاج.

2- العلاج الحركي Motor Therapy : من الملاحظات الهامة في هذا المجال أن

هذه الاضطرابات نجدها في كثير من الحالات لدى الأطفال الذين يعانون من إعاقات حركية، وبخاصة الذين يستخدمون اليد اليسرى، وهذه الملاحظة تدعم أهمية العلاج الحركي في هذه الحالات.

ويختلف العلاج باختلاف المعالج وباختلاف المعدات المستخدمة. وهي تتراوح بين الرياضة والرسم والألعاب الإلكترونية وألعاب الكمبيوتر، حيث يشير الهابط (1987) إلى جدوى طريقة تدريب الطفل على النطق السليم للحروف أو الكلمات التي ينطقها بواسطة تمرينات خاصة تستخدم فيها آلات توضع تحت اللسان أو في الفم أثناء الكلام.

ويوضح مصطفى فهمي وآخرون (1988) طريقة بسيطة للعلاج يمكن أن يمارسها الطفل بنفسه بعد تدريبه في جلسات خاصة حيث يدرب على التحكم في حركات لسانه في أوضاع مختلفة داخل الفم وخارجه. ثم يتبع ذلك بتدريبه على نطق الحروف الصحيحة في الحالات التي تظهر فيها صورة إبدال الحروف. ويستعان على ذلك بمرآة توضع أمامه أثناء التدريب حتى يقارن بين ما يقوم به الناس من حركات وما يقوم به هو أثناء نطق الحروف ذاتها فيتبين له الفرق ويظل كذلك حتى يتيسر له تحقيق التوافق بين القدرة الحركية والقدرة البصرية. ويفضل أن لا تزيد هذه الجلسات العلاجية عن مدة تتراوح بين (20 - 30 دقيقة) وإلا أجهد المصاب.

3- العلاج النفسي Psycho - Therapy: الغرض من العلاج النفسي هو إعادة بناء شخصية الطفل وتدعيمها وذلك عن طريق خلق الثقة بالنفس وتدعيم الشعور بالأمن لديه في بيئة يسودها الاستقرار والحب والأمان حتى يتسنى له أن ينفس عن مشاعره السلبية المكبوتة من مخاوف أو غضب أو شعور بالنقص، وحتى يستطيع مواجهة المواقف الاجتماعية المخيفة كالتحدث أمام جمع من الناس أو مواجهة الغرباء.

4- **العلاج الجسمي Somatic Therapy**: الغرض منه علاج العيوب الجسمية التي تؤدي بالطفل إلى النطق الخاطئ مثل الشفاه المشقوقه أو تشوه الأسنان أو خلل في الحبال الصوتية، أو علاج الأعصاب المتصلة بمراكز الكلام في المخ ... إذا كان سبب مشكلة العيب الإبدال يرجع إلى خلل في هذه الأعصاب.

5- **العلاج الاجتماعي Social Therapy**: يقوم بهذا النوع من العلاج الأخصائي الاجتماعي ويعالج المصاب بنوعين من العلاج هما العلاج الشخصي والعلاجي البيئي.

6- **العلاج الشخصي**: وفيه يقوم الأخصائي الاجتماعي بتغيير اتجاهات المصاب الخاطئة التي لها صلة بمشكلته كاتجاهه نحو والديه أو أصدقائه أو مدرسته ...الخ.

7- **العلاج البيئي**: وفيه يقوم المعالج بمحاولة تغيير بيئة الطفل المختلة التي تؤثر على مشكلة المصاب كتوجيه الأبوين أو الأخوة أو الأصدقاء لمعاملة الطفل معاملة حسنة إذا كانوا يسيئون معاملته. أو توجيه الوالدين بعدم الشجار أمامه حتى لا يشعر بفقدان الأمن. وهذه كلها أمور قد تؤدي بالطفل إلى عيوب إبدالية.

و- رعاية المصاب بالعيوب الإبدالية:

إن لكل من الأسرة والمدرسة بصفة خاصة والمجتمع بصفة عامة دوراً في إظهار العيوب الإبدالية عند الأطفال، وبالتالي فإن لكل منهما دوراً إيجابياً في إيجاد الخدمات الوقائية والعلاجية لمثل هؤلاء الأطفال ويرى مصطفى فهمي وآخرون **(1988)** أن هناك مسؤولية كبيرة تقع على الأسرة في علاج هذا العيب.

حيث يجب مساعدة المختصين والأطباء حتى يمكن أن تكلل جهودهم بالنجاح إذ أن ما تفعله الأسرة مع الطفل إما أن يزيد من قيمة عملهم وإما أن يفسده. وأياً كانت طبيعة العيب أو العلاج الذي يتطلبه الطفل فهو يحتاج إلى الشعور بالحب والاطمئنان والثقة. ويلزم ألا يحس بأي شكل من الأشكال أن في عيبه هذا ما يدعو إلى الخجل والعار. وكلما كان تقبل الأسرة لما يبديه من عيب في التعبير معقولاً مع التجاوز

والتسامح يقل إحساس الطفل بالضيق وتزداد فرص التحسن في الكلام. ويجب ملاحظة عدم إغراق الطفل بالعطف والحنان لأنه قد يؤدي إلى نتائج عكسية يفقد معها ثقته بنفسه. وكذلك يجب عدم الإلحاح في النقد والتصحيح والإصرار على التصحيح لأن ذلك يغرس فيه مشاعر النقص وإذلال النفس فيدفعه إلى الإنطواء والوقوف من المجتمع موقفاً سلبياً وهو في الحالتين هدف للصراع النفسي.

وينبغي على المدرسة أن تعمل متعاونة مع الأسرة لحل هذه المشكلة لأن هذا التعاون سيكون له أثره الفعال في تقدم العلاج واستمراره. فالمدرسة يمكن أن تخلق مواقف كلامية كثيرة يستطيع الطفل فيها أن يعبر عن نفسه بطلاقة كأن يقوم بأداء بعض الأدوار والتمثيليات لأن هذه المواقف قد تساعده على نسيان المشكلة وفي المدرسة ينبغي عدم مضايقة الطفل أو معايرته أو إشعاره بالضيق أو التضايق منه. وإذا كان له إخوة أصغر منه يدرسون في نفس المدرسة يجب عدم مقارنة لغته أو نطقه بإخوته الذين يتكلمون أفضل منه لأن ذلك يترك أثراً سيئاً لدى الطفل ويزيد من مشكلته.

ومن أهم أدوار المجتمع أن يقوم بتوفير المراكز الصحية الخاصة بأمراض الكلام وعيوب النطق وتجهيزها بأنواع العلاج الطبي أو الكلامي بإشراف أخصائيين من ذوي الكفاءات، والاهتمام بهذه الفئة عن طريق الدراسات والبحوث التجريبية.

خامساً: اضطرابات النطق أثناء القراءة

أ- معنى القراءة واضطرابات النطق أثناءها:

القراءة عملية ديناميكية يشترك في أدائها الكائن كله وتتطلب منه توازناً عقلياً ونفسياً وجسمياً. فإذا أصيب الكائن باضطراب نفسي أو تغير جسمي فقد يؤدي ذلك إلى خلل في عملية القراءة. ويشير كل من أحمد عبدالله وأحمد فهيم مصطفى (1992) إلى أن اقراءة تتكون من عمليتين منفصلتين: الأولى الشكل الأستاتيكي أي الاستجابات

الفسيولوجية لما هو مكتوب، والعملية الثانية عملية عقلية يتم خلالها تفسير المعنى وتشمل هذه العملية التفكير والاستنتاج. أما اضطرابات النطق أثناء القراءة فهي صورة من صور صعوبات القراءة وتتمثل في إبدال الحروف أوتقديم وتأخير بعضها أو نقل حروف أو مقاطع من الكلمات من مكانها إلى مكان آخر. وعرفها فاخر عاقل (1988) بأنها عدم القدرة على القراءة وخلل في وظيفة القراءة وهي اضطراب يكرر المصاب فيه الكلمة مرات عديدة.

ومما تقدم نستخلص أن اضطرابات النطق أثناء القراءة هي خلل في النطق يؤدي إلى صعوبة في القراءة تكون في شكل إبدال الحرف الأصلي بحرف آخر أو حذفه أو نقل مقاطع من الجمل وحذفها، أو تقديم الحروف، أو قصور في فهم المقروء، وينتج هذا الخلل من عدة أسباب قد تكون وظيفية أو نفسية أو بيئية أو تعليمية.

ب- التفسير النفسي لعملية القراءة:

يعد قانون الارتباط Law of association الذي وضعته المدارس السلوكية الأساس النفسي لعملية القراءة. فعندما يتم الارتباط بين المثير والاستجابة يحدث التعلم. وهذا ما يحدث في تعلم القراءة إذ يرتبط الرمز المكتوب بالصوت المنطوق وبالتكرار يحدث الارتباط بين الاستجابة التي يثيرها صوت الكلمة المنطوق بها والرمز المرسوم (الاستجابة) الذي ينظر إليه الطفل أثناء سماع الصوت. فإذا حدث بعد هذا أن قابل واحداً من طرفي الارتباط استحضر في ذهنه الآخر. أي إذا رأى الكلمة المرسومة من غير سماع صوتها المنطوق بها حدثت الاستجابة لهذا الرمز ثم يتذكر الصوت الذي ارتبط به. وهكذا فإن تعلم القراءة يعد عملية إضافة مؤثرات جديدة إلى استجابات قديمة.

جـ- الأسباب المؤدية إلى الإصابة باضطرابات النطق أثناء القراءة:

هناك عدة أسباب تؤدي للإصابة باضطرابات النطق أثناء القراءة نوجزها فيما يلي:

1- أسباب عضوية منها:

أولاً: عيوب بصرية: اختلف الباحثون في مدى أهمية ضعف البصر وعلاقته بضعف القراءة غير أنه وجد أن هناك أمراضاً تؤثر بشكل مباشر في القدرة على تعلم القراءة وبالتالي تسبب ضعفاً في قراءة الطفل. وأجمعت الآراء على ضرورة الكشف عن العيوب البصرية لتشخيص عيوب القراءة عند الأطفال، لأن القراءة ربما تتحسن أو تقل عيوبها إذا ما عولج الضعف البصري وأصبحت الاختبارات البصرية ضرورية بوصفها جزءاً من التشخيص. فمثلاً إذا أصيبت الصور البصرية يصبح الشخص المصاب عاجزاً عن قراءة الكلمات المكتوبة على الرغم من بقاء قدرة الإبصار سليمة إذ يرى الأشكال ولكنه لا يدركها من حيث هي رموز ذات دلالة خاصة. وفي هذه الحالة يقال عن الشخص أنه مصاب بالعمى اللفظي ويطلق على هذا المرض «الكسيا Alexia».

ثانياً: عيوب سمعية: قد يصاب الطفل ببعض الأمراض التي يكون لها أثر على سلامة سمعه مما يفقده حاسة السمع. وقد تكون هذه العيوب متمثلة في الصمم الظاهري وهو يشبه الصمم الحقيقي. ويعد الصمم سواء أكان جزئياً أو كاملاً عائقاً من عوائق القراءة وإن كانت فتكون القراءة صامته.

ثالثاً: عيوب جسمية: هناك أسباب جسمية متعددة قد تؤدي إلى اضطرابات في القراءة منها: سوء التغذية – التعب الجسدي – والإصابة بالأمراض التي تجعل الطفل يتغيب كثيراً عن المدرسة خاصة في سنواته الأولى مما يسبب له عجزاً في تعلم القراءة.

رابعاً: عيوب في جهاز النطق: يؤكد بعض الأخصائيين أن عيوب النطق تشكل عاملاً رئيسياً في صعوبات القراءة عند الأطفال. ومن المعلوم أن القدرة على الكلام

تتطلب قدراً مناسباً من المحصول اللغوي مقترناً بنطق سليم وواضح. ولذلك قد يحدث الاضطراب في القراءة نتيجة لوجود عيب في الجهاز الكلامي. كعيب في الحنجرة أو اللسان أو الحلقوم. وقد يتولد لدى الطفل الشعور بالحيرة والارتباك عندما يسمع كلمات ينطق بها أثناء القراءة تختلف عن الطريقة التي ينطق بها غيره من الأطفال.

خامساً- قصور في القدرات العقلية: أوضحت بعض الدراسات وجود علاقة ارتباطية بين مهارة القراءة والذكاء. ووجد أن الأطفال الذين عمرهم العقلي عن ست سنوات ينجحون في تعلم القراءة. كما وجدت الدراسات أن ما يحدث للطفل من اضطرابات في القراءة يكون ناتجاً عن نقص في القدرة على تعلم القراءة. وأشارت نتائج بعض الدراسات إلى أنه لا يمكن الاعتماد على النمو العقلي وحده في تحديد مهارة القراءة، إذ تبين وجود أطفال يعانون من تخلف محدود في القراءة ويتمتعون بذكاء سوي. (هربرت، **Herbert 1980**).

سادساً- قصور الجهاز العصبي: يؤكد عبدالفتاح أبومعال (1992) على أن الجهاز العصبي يعد مسؤولاً عن تنسيق الرموز البصرية في الكلمات المكتوبة وربطها بمدلولاتها. فقد يتعرض الأطفال لبعض الأمراض التي تصيب المخ قبل الولادة أو بعدها، فيعاني هؤلاء الأطفال من حالات معوقة مثل فقدان القدرة على الكلام، أو شلل في المخ أو تأخر في النشاط العقلي، مما يؤثر على أنسجة الربط بين المناطق المصابة والمناطق العصبية فيؤدي إلى اضطرابات تعوق عملية تعلم القراءة، خاصة إذا حدث ذلك في المرحلة التي يتعلم فيها الطفل الكلام. ويحدث ذلك بالرغم من أن الجهاز العصبي يمتاز بمرونة تمكنه من إعطاء مهامه للمناطق المجاورة للمنطقة المصابة.

2- أسباب وراثية:

يوحي شيوع هذه المشكلة بين الأطفال الذكور إلى وجود عوامل وراثية إذ يبلغ انتشارها عند الذكور أربعة أضعاف انتشارها عند الإناث كما تتحدد معها أنواع من

العجز الجسمي وخلل في الوظيفة الرئيسية للمخ، أي وجود شذوذ في نمو المخ. ولـذا يرجع بعض علماء النفس اضطرابات القراءة إلى أسباب وراثية.

3- أسباب نفسية:

يرجع كثيرمن العلماء أسباب اضطرابات النطق أثناء القراءة إلى مشكلات نفسية. فعندما يتعرض الطفل لحادث خطر يكون مضطرباً انفعالياً فإن ذلك قد يؤدي غالباً إلى عدم توافقه مع نفسه مع المجتمع من حوله. ويظهر ذلك في سـلوكياته كانعـدام الثقـة بالنفس والشعور بالخوف وعدم الأمن والخجل وعدم القدرة على التركيز. ويبدو عليه عدم الاستقرار والتوازن وتشتت الذهن وانخفاض الهمة والحماس وضعف الميـل إلى تعلم القراءة، مما يجعله عـاجزاً عـن النطـق الـصحيح أثنـاء القـراءة. ويـصبح سـهل الاستثارة ويميل إلى السلوك العدواني بهدف جـذب الانتبـاه إليـه والاسـتحواذ عـلى اعجاب الآخرين، مما يؤدي إلى انحرافات سلوكية.

ووجدت كثير من الدراسات علاقـة ارتباطيـة موجبـة بـين الانحـراف الـشديد والعجز عن القراءة.

4- أسباب بيئية:

من المتفق عليه أن تحصيل الطفل في القراءة يتوقف على ما يشعر به من مناخ صحي في بيئته. وهناك عوامل لها علاقـة بنجـاح الطفـل أو فـشله في تعلـم القـراءة نوجزهـا فيما يلي:

- **تـصدع الأسرة وتفككهـا:** فالطفـل الـذي ينتمـي إلى أسرة يـسودها التـوتر والخلافات المستمرة والاهمال والسيطرة بشكل خاطئ والمنافسة المدمرة بـين الأشـقاء تظهر لدى أطفالها اضطرابات النطق أثناء القراءة.

- **ترتيب الطفل في الأسرة:** له أثر واضح في اضطرابات النطق أثناء القراءة. فقـد

يشعر الطفل بأن أخاه الأصغر منه قد أصبحت لديه مكانة مميزة في الأسرة فيبدأ بتقليد الأنماط اللغوية عند أخية كي يفوز ببعض الاهتمام.

- **المعاملة الوالدية:** قد يعمل الوالدان على اجبار طفلهما كي ينطق شيئاً يفوق قدراته العادية مما ينتج عنه مواقف سلبية عند الطفل تؤثر على تعلمه القراءة وبالتالي تسبب له اضطرابات في النطق أثناء القراءة. كما أن الحماية الزائدة للطفل من جانب الوالدين أو السيطرة عليه تؤدي إلى صعوبات في النطق.

- **استعمال أكثر من لغة داخل المنزل:** لقد وجد أن استعمال الأسرة لأكثر من لغة داخل المنزل يؤثر على لغة الطفل ويعوق قدرته على تعلم القراءة حتى ولو كان خالياً من أي معوقات جسمية أو عقلية.

- **المستوى الاقتصادي / الاجتماعي / الثقافي:** لقد تبين أن لأمية الوالدين أثراً في اصابة الطفل بصعوبة القراءة لأنها قد تؤدي إلى إكساب الطفل أخطاء لغوية تنتقل معه وتسبب له حرجاً وسخرية من أقرانه وتكون حصيلة هذا تأخر في تعلمه للقراءة. كما تؤثر الحالة الاقتصادية والثقافية تأثيراً واضحاً في إصابة الطفل باضطراب النطق، فنشأة الطفل في بيت لا يهتم بالقراءة ولا باقتناء الكتب والمجلات وتعوزه المثيرات ومواكبة العصر والتقدم التكنولوجي قد تؤدي إلى دفن امكانات الطفل واستعداداته ومواهبه وبالتالي تؤثر سلباً على قدرته في تعلم القراءة وعجزه عن النطق بها صحيحة.

5- أسباب تعلمية:

يرجع بعض العلماء كثيراً من حالات التخلف القرائي لأسباب تعليمية إما في عمليات التعلم أو في البرامج التعليمية ذاتها. والواقع أن القراءة يمكن أن تشكل عاملاً أساسياً في بناء الشخصية عند الأطفال الذين يكون لديهم استعداد مبكر لتعلم القراءة، أما الذين لا يبدون ميلاً لتعلمها فينبغي عدم اجبارهم عليها حتى يتولد لديهم استعداد وقدرة على تعلمها. وكثيراً ما نجد بعض الأطفال في الصفوف الدراسية الأولى لا

يوجد لديهم استعداد لتعلم القراءة وذلك لأنهم لم يصلوا إلى مستوى النضج الذي يؤهلهم إلى ذلك. ولذلك يجب ادخال بعض التعديلات على برامج التعليم وعلى طرق التدريس. ويمكن لتدريس القراءة لهؤلاء أن يكون فعالاً إذا تمت مراعاة الفروق الفردية بينهم حيث تؤدي اتجاهات المعلم السلبية نحو أحد الأطفال إلى خلق حالة من التوتر والقلق الذي يؤدي إلى فشل الطفل في تعلم القراءة.

د- تشخيص اضطرابات النطق أثناء القراءة:

تعتبر القراءة من أفضل الطرق المتبعة في الكشف عن اضطرابات القراءة عند الطفل بملاحظة عاداته في القراءة والتي يمكن أن تبين كثيراً من العيوب منها حذف بعض الكلمات أو اضافة حرف أو كلمة أو أكثر وما يسيء من نطقه من الحروف أو الكلمات أثناء القراءة إلى غير ذلك من العيوب التي تتعلق بالنطق أو الفهم أو البطء الشديد في القراءة والذي يشمل أخطاء لغوية مما يؤثر في سلوك الطفل بعدم الميل إلى القراءة أو الخجل الشديد عندما يطلب منه أن يقرأ قراءة جهرية.

وفي احدى الدراسات الميدانية التي قمنا بها التقينا بطفلة تبلغ من العمر أربعة عشر عاماً وتدرس في الصف السادس من المرحلة الابتدائية وتعيش مع والديها وإخوتها وهي في الترتيب الأوسط بين أخوتها ذكوراً وإناثاً. وبالتعرف على تاريخ هذه الطفلة وجدنا أن ظروف حمل الأم بالطفلة كانت طبيعية، فالأم لم تتعرض لأي إصابة جسمية أو نفسية كما أنها لم تتعرض لأي مرض يجعلها تستخدم أي نوع من أنواع العقاقير الطبية وكانت الولادة طبيعية.

بالإضافة إلى ذلك كان وزن الطفلة وجسمها طبيعيين لا يوجد بهما أي تشوه أو إعاقة خلقية وهي سليمة الحواس وكان نموها اللغوي طبيعياً. إلا أنها لم تكن تألف الغرباء ولا تتحدث إلا مع من تألفه وهي تلاقي صعوبات في التعلم ومستواها التحصيلي ضعيف وتكون خاملة وسلبية داخل الصف ولا تشارك إلا بالتوجيه. ومن

حيث سلوكها الاجتماعي فهي قليلة الاختلاط، دائمة العزلة والانطواء وليس لها أصدقاء، حيث أنها لا تشارك زميلاتها في اللعب وليس لها أية نشاطات اجتماعية داخل المدرسة وليس لها أية هوايات تذكر.

أما وضعها الأسري فهي تعيش في أسرة طبيعية فالعلاقة بين والديها علاقة عادية خالية من المشاحنات والتوترات.

إلا أن وضع الطفلة داخل المنزل يتصف بالدونية وهذا ناتج عن تمييز الذكور من قبل الوالدين على الإناث.

وذكرت الطفلة أن اخوتها الذكور يحوزون اهتمام الوالدين أما البنات فيعاملن وكأنهن مرتبة ثانية لدرجة تصل إلى حد الضرب من الأخوة دون التدخل من قبل الوالدين لاعتقادهم أنه من حق الذكر - بغض النظر عن الأسباب التي تجعله يعاملها بهذه القسوة - فرض سلطته على أخوته الإناث لما يمتاز به من صلاحيات. ومثل هذه المعاملة تؤدي إلى شعور الطفلة بالنقص والميل إلى الانطواء والعزلة.

أما الطفلة فهي تعاني من اضطراب النطق في أثناء القراءة متمثلاً في حذف بعض الكلمات يترافق أغلبها مع انخفاض شديد في اصوت ومع الميل بالرأس إلى أسفل وارتعاش الأطراف خجلاً وارتباكاً.

وصرحت الطفلة بعدم رغبتها في القراءة خاصة عندما تطلب منها معلمتها أن تقرأ داخل الصف. وبالتحدث عن الأسباب التي ادت إلى إصابة الطفلة بهذا الاضطراب نجد أنها ترجع إلى التربية الخاطئة التي أعطت ميزات خاصة للذكور على الإناث، مما أدى إلى شعور الطفلة بالنقص وعدم الثقة بالنفس والميل للعزلة والانطواء.

وهذا بالإضافة إلى اهمال الوالدين وعدم متابعتهما لحالة الطفلة مما أدى بها إلى مواجهة صعوبات في النطق أثناء القراءة، بل وفي التعلم بصفة عامة.

هـ- العلاج:

هناك عدة طرق يمكن الاستفادة منها في العلاج، ويمكن تلخيصها فيما يلي:

1- العلاج الطبي: تتم معالجة الأسباب العضوية لدى الأطباء المتخصصين في العيادات الخاصة بأمراض الكلام وعيوب النطق وذلك بمساعدة الأطباء الآخرين من ذوي التخصصات الأخرى.

2- العلاج النفسي: تستخدم هذه الطريقة عدة وسائل وأساليب منها:

- العلاج عن طريق اللعب: وتهدف هذه الطريقة لتحقيق غرضين، الغرض الأول تشخيصي إذ عن طريق اللعب يمكن الحصول على معلومات قيمة حول رغبات الطفل المكبوتة ومراقبة ردود أفعاله وتسجيل استجاباته دون شعور منه بما يجري. أما الغرض الثاني فهو علاجي إذ بواسطة اللعب يمكن أن نوحي للطفل شعوراً بالحرية الكاملة للإفصاح عن مشاعره المكبوتة مما يزيل دواعي القلق والتوتر. كما يؤدي اللعب إلى إشراك الطفل مع رفاقه بشكل جماعي مما يجعله يشعر بقدرته على الانخراط في أوساط اجتماعية، وهذا بالفعل يعزز ثقته بنفسه وبالوسط الذي يعيش فيه.

- العلاج بالصور: تبين أن تحليل الصور يعد أكثر الطرق ملاءمة للمصابين باضطراب النطق وذلك بتجنيب الطفل التفكير في الظروف والمواقف التي ادت إلى إصابته بهذا الاضطراب بالإضافة إلى ذلك إن استخدام مجموعة صور مستخلصةمن معلومات قيمة تتعلق بالطفل وبصلته بوالديه أو مجموعة صور لمناظر ومواقف وقائع تروق للطفل وتسترعي انتباهه.

3- العلاج بالإرشاد النفسي: من الأسباب التي تؤدي إلى اضطراب النطق أثناء القراءة والتي سبق ذكرها معاملة الوالدين والأخوة والرفاق في الشارع أو المدرسة وأيضاً طريقة المعلمة خاصة إذا اتسمت هذه المعاملة بالقسوة الزائدة أو الدلال أو الإهمال. ومن هنا تأتي معالجة اضطراب النطق في أثناء القراءة عن طريقة الإرشاد

النفسي للطفل والإرشاد الأسري والإرشاد الفردي أو الجماعي في المدارس وخاصة للمعلمة والرفاق وممن لهم تأثير على سلوك الطفل لتوفير جو من الطمأنينة له.

4- العلاج بالإيحاء والإقناع: تستخدم هذه الطريقة للحد من خوف الطفل الناتج من العيب الذي يعاني منه في نطقه وما أحدثه له هذا الخوف من خيبة أمل. ويتخذ الإيحاء عدة أشكال إما بطريقة مباشرة أو غير مباشرة مما يجعل الطفل يدرك ضرورة تعديل نظرته لنفسه وهذا ما يؤدي إلى كسر شدة الخوف. أما الإقناع فهو من الوسائل الشائعة المألوفة وهو ليس إلا عرض رأي أو فكرة على الشخص المصاب تؤدي إلى تحكيم العقل ومناقشته للأسباب ذات العلاقة بالاضطراب ومحاولة تجاوزها.

5- العلاج بالاسترخاء: يمكن استخدام طريقة جاكسون للاسترخاء والتي تقوم على تدريب المريض على إرخاء عضلاته. فقد تبين لجاكسون بأنه بالاسترخاء التدريجي للعضلات فإن آثار النشاط الذهني والاضطرابات الانفعالية تتلاشى بالتدريج شيئاً فشيئاً... إن أثر الاسترخاء يؤدي إلى إحداث استقرار عقلي واتزان ذهني عند المصاب مما يجعله عاملاً مساعداً لإزالة القلق والخوف والهموم والتوترات التي تلازم المصاب.

6- العلاج الكلامي: يستخدم الاسترخاء الكلامي وتعليم الكلام من جديد للتخلص من عامل الاضطراب في النطق أثناء القراءة وتكوين ارتباط خاص بين الشعور باليسر أثناء عملية القراءة بهذه الطريقة وبين الباعث على الكلام. وتشتمل عملية العلاج هذه على تمرينات تبدأ بسلسلة تمرينات خاصة على الحروف المتحركة ثم الساكنة وتتلوها تمرينات على تمرينات متفرقة تبنى منها تدريجياً عبارات وجمل. وتجري عملية الاسترخاء الكلامي في هدوء وأناة. وكل فترة من هذه التمرينات ينبغي أن يقرأها المعالج ثم يطلب من المصاب تقليد نفس الكلام المقرر بنفس النغمة ذاتها تقليداً تاماً (كيشار، 1980).

و- رعاية المصاب باضطرابات النطق أثناء القراءة:

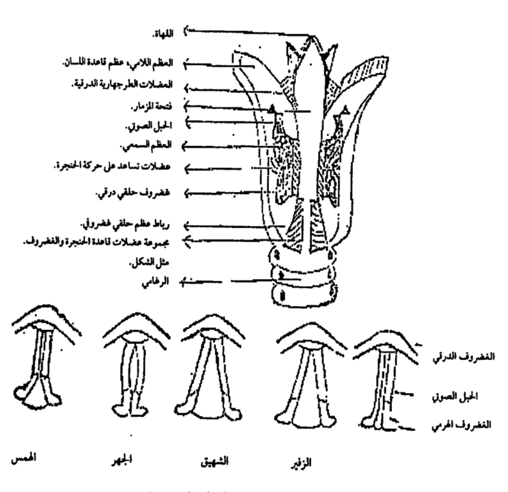
يعد دور الأسرة مهماً في رعاية الطفل المصاب باضطرابات النطق إذ يقع على عاتقها ملاحظة هذه الاضطرابات وتقديم الطفل للفحص الشامل ومراجعة الأختصاصيين حتى تتم مواجهة المشكلة منذ بدايتها. كما ينبغي على الأسرة تجنب مقارنة الطفل المصاب بعيب في النطق باخوته حتى لا يترك ذلك أثراً سيئاً في نفس الطفل كالشعور بالنقص مما يزيد من عدم ميله للقراءة وكرهها. وعليها أن تشجع الطفل على القراءة والتحدث والتعبير وتصحيح ما يبدو منه من أخطاء بطريقة الإقناع وتقديم الحوافز والمكافآت كلما تحسن الطفل في أدائه.

وعلى الأسرة مراعاة ازدواجية اللغة داخل الأسرة باعتبارها أحد معيقات اللغة وبالتالي حدوث اضطرابات النطق لدى الطفل. أما المدرسة فلها دور كبير في العناية بالطفل المصاب ويجب عليها اشراكه في النشاطات المدرسية والحديث في الإذاعة المدرسية وإشراكه في الرحلات والمعسكرات وغيرها. وعلى المرشد التربوي استخدام أساليب الإرشاد والتوجيه الجمعي التي يمكن أن تتم بطريقة غير مباشرة مع ضرورة التخطيط والتنسيق بين أعضاء هيئة التدريس وخاصة معلمي مادة القراءة.

وعلى المعلم أن يكون يقظاً بألفاظ تلاميذه الصحيحة والخاطئة والفروق الفردية اللغوية بين الأطفال والاستفادة من تدريبات القراءة الجهرية أو تدريبات الهجاء في تحسين النطق ويتم ذلك بالتعاون مع الأسرة في تحسين مستوى النطق لدى الطفل. وللمكتبة المدرسية دور هام في تحسين الضطرابات النطق أثناء القراءة. فعندما تتنوع مصادر المعلومات يجد الطفل في المكتبة ما يتناسب مع ميوله. وهذه المواد التي تتناسب مع ميوله ترغبه وتشجعه على القراءة وتنمي لديه الاستعداد للقراءة، وبالتالي تتعدل اتجاهاته السلبية نحو القراءة.

سادساً: الاضطرابات الصوتية

لحدوث الصوت لابد من توافر عوامل هامة مثل: عضو الاهتزاز وهو الحبال الصوتية ومصدر قوة يحرك عضو الاهتزاز وهو هواء الزفير القادم من الرئتين والقصبة الهوائية، ووسيلة للإرسال تصل إلى جهاز الاستقبال وهي أعضاء النطق. أما التجويف الفمي والأنفي فيقومان بضبط رنين الصوت بشكل مناسب، وأما الحنجرة فهي عضو هام في إصدار الصوت وفي تغيير شدته ودرجته ونغمته، وهي تتكون من هيكل غضروفي يتصل ببعضه بواسطة أربع عضلات تحرك الحبال الصوتية وتغير مقدار شدها وتصلبها أو ارتخائها. انظر الشكل (6).



شكل (6): الحنجرة والحبال الصوتية

ولكي يحدث الصوت لابد أن يكون الحبلان الصوتيان قبل صدوره متلامسين عند خط النصف. فالصوت يصدر خلال حركة الزفير داخل القصبة الهوائية إلى الحنجرة وعندما يصل إلى الحنجرة يدفع خلال الفتحات الضيقة الموجودة في الحبال الصوتية محدثاً اهتزازاً فيهما، وعندئذ ينتج الصوت. ولكي يكون الصوت رقيقاً هامساً أو غليظاً جهورياً فإن عضلات الحنجرة قادرة على تغيير قوة الشد في الحبال الصوتية بزيادتها أو تقليلها كما يحدث عند شد وتر الكمنجة. ويتميز الصوت العادي بأن يكون مرتفعاً بدرجة كافية حسب المواقف المختلفة، ويجب أن يكون ذا عمق يتناسب مع سن المتكلم وجنسه. كما يجب أن يكون واضحاً ومتغيراً من حيث ضخامته وعمقه وتلحينه حتى يسهل سماعه. وبناء على ذلك فإن أي انحرافات عن هذه المميزات تعتبر من العيوب الصوتية.

أ- ما هو الاضطراب الصوتي؟.

هو اضطراب يحدث للصوت نتيجة خلل في الأداء الصوتي للحبال الصوتية. أي أن عدم توافق اهتزاز الحبال الصوتية يؤدي إلى اضطرابات في طبقة الصوت ونغمته وشدته فيصبح الصوت غير مناسب لعمر المتكلم وجنسه أو لموقف الكلام ويصبح غير مألوف للسامع الذي قد يصعب عليه فهم الكلام بسهولة. وهذه الاضطرابات نجدها أقل شيوعاً من اضطرابات النطق إلا أن اضطرابات الصوت تلقى اهتماماً خاصاً بسبب ما يترتب عليها من مشكلات تتعلق بالتوافق النفسي والبيئي للفرد.

ب- أسباب الاضطرابات الصوتية:

للاضطرابات الصوتية أسباب متعددة وهذه الأسباب متداخلة مع بعضها وبعضها يؤدي إلى بعض. فقد تكون وراثية المنشأ فتحدث خللاً وظيفياً في جهاز معين. وأحياناً قد تكون مكتسبة تحدث هذه الاضطرابات عند الفرد لذا يكون من الصعب

تصنيفها تحت أطر معينة. ومع ذلك كما درجنا سابقاً في تصنيف الأسباب والعوامل المؤدية إلى الإعاقات الكلامية سوف نتبع التصنيف التالي:

1- **الأسباب الوراثية الخلقية:** قد ترجع بعض الاضطرابات الصوتية إلى أسباب وراثية خلقية مثل قصر الحبال الصوتية الناتج عن تشوه خلقي أو إصابة خلقية وراثية، وفي هذه الحالة يكون الصوت حاداً. والنمو الجسمي غير العادي للتجاويف الأنفية والفمية الذي يؤثر على وجه الخصوص سلبياً على اللوزتين أو الجيوب الأنفية والزوائد التي تعوق التجاويف عن تغيير شكلها حسب ظروف الحال فتفسد التلحين والنغم الصوتي المطلوب.

كما أن وجود هذه الزوائد يقلل من فتحات التجاويف أو ربما يغلقها كلية. ويحصل ذلك في الأنف والحنجرة وبالتالي لا تستطيع التجاويف تحسين الصوت وتشكيله. وبناء على ذلك يكون صوت الشخص الذي لديه جيوب أنفية صوتاً أنفياً يسير على وتيرة واحدة ينقصه اللحن والنغم، فضلاً عن انعدام النطق الصحيح للحروف الساكنة، مما يجعله مملاً.

كما أن انحراف عظمة الأنف يسبب اضطراباً في تلحين الكلام وتنغيمه، وتتضاعف هذه الاضطرابات عند الإصابة بالبرد أو الزكام، كما أن تضخم اللوزتين ووجود زوائد خلف الأنف عند الأطفال يتسبب في تساقط المخاط على الحجرة فتحدث بحة الصوت. وقد ترجع هذه الاضطرابات في بعض الأحيان إلى عوامل وراثية تتصل بالناحية التكوينية.

ومن العيوب التكوينية ما يسمى بالشفة الأرنبية وهو انشقاق منتصف الشفة العليا وهذا العيب ناشيء عن عيب ولادي لأن الجنين البشري في أثناء تكوينه تتجه أنسجة الشفاه والفك والجزء الداخلي من الفم في نموها إلى الداخل من كلا الجانبين حتى تلتحم وعند حدوث خلل في اكتمال هذا النمو يحدث هذا العيب.

2- الأسباب المرضية: من الأمراض التي تصيب الإنسان وتؤثر في طبيعة صوته أمراض الشلل الجسمي والزهري والسل الرئوي وأورام الجهاز التنفسي أو المخ والدفتيريا والسعال الديكي والالتهاب السحائي والنزلات الصدرية الحادة بالإضافة إلى الأورام السرطانية في أجهزة الصوت أو الجهاز التنفسي كسرطان البلعوم وسرطان الغدة الدرقية الذي يؤدي إلى شلل في الصوت.

3- الأسباب المكتسبة: من بين أسباب الاضطرابات الصوتية الأسباب المكتسبة مثل التقليد والتقمص كما يحدث للصغار عندما يحاولون تقليد أصوات الآخرين العالية فيكتسبون الصوت المرتفع الغليظ. أو كما يحدث في حالات إعجاب الطفل الشديد بأحد أفراد الوسط الذي يعيش فيه إلى حد التقمص فيقلده في كل شيء حتى في طريقة النطق والكلام علماً أنها قد تكون غير عادية (ستيرن وكاستنديك **A.Stern & Castendyck 1962**).

4- الأسباب الوظيفية: هناك بعض الأسباب الوظيفية التي تحدث اضطرابات صوتية مثل عدم كفاية النفس اللازم لدفع الحبال الصوتية إلى الاهتزاز مما يقلل من الضغط المطلوب لاهتزاز الحبال الصوتية التي تولد الصوت.

وترجع عدم كفاية النفس إلى أمراض الصدر ومنها السل الذي يعطل إحدى الرئتين أو أي جزء منها، أو إلى ارتخاء أعصاب الحجاب الحاجز مما يؤدي إلى قلة نشاطه، أو لتضخم القلب الذي يمنع تمدد الرئة بالقدر الكافي. ومن الأسباب الوظيفية التهابات المخ التي تؤدي إلى عدم التوافق بين الأعصاب. ففي الكلام العادي يستخدم التنفس للمساعدة في إخراج الكلام ولا يكون ذلك ممكناً إلا إذا استطاع الشخص أن يوفق بين حركات أعصابه حسب الاحتياجات الوظيفية اللازمة.

ولذلك فإن الشخص الذي لديه التهابات مخية يكون عاجزاً عن تحقيق هذا التوافق

بين حركات أعصابه ومن ثم تكون عملية التنفس هي المسيطرة على الكلام وليس المساعدة على إخراجه وبالتالي تحدث اضطرابات الصوت.

ومن الأسباب الوظيفية ما يتعلق بسوء استخدام الصوت كرفع الصوت أثناء الكلام أو التحدث بتوتر حاد، وعندما يعتاد الطفل على ذلك فإنه يصيب حنجرته والحبال الصوتية بإجهاد مما يعوق صدور الصوت بصورة طبيعية. وكثيراً ما يحدث ذلك لذوي المهن التي تتطلب أصواتاً مرتفعة فتحدث بحة في الوصت وخشونة كالمعلمين والمغنين وغيرهم. ويؤدي الإجهاد للحبال الصوتية إلى ارتخائها في مواجهة الضغط الهوائي الخارج من فتحة المزمار الذي استمده من الرئة. ويتسبب الاستخدام السيء للصوت أو الإجهاد الكلامي في حدوث نتوءات صغيرة بالحبال الصوتية وهي ليست نوعاً من الأورام بل عقداً (وتسمى عقدة المغنى) ولا تشكل خطورة على المريض.

5- **الأسباب العضوية**: قد تكون وراء بعض الاضطرابات الصوتية أسباب عضوية مثل تصلب أجهزة الصوت وشللها نتيجة اضطرابات في أعصاب الحركة المركزية. وينتج عن ذلك اقتراب الحبال الصوتية بشكل لا يسمح للنفس أن يولد الاهتزاز المطلوب. ومن ناحية أخرى فإن حدوث اضطرابات في أعصاب الحركة يؤدي إلى منع توافق الحبال الصوتية واقترابها من بعضها بدرجة كافية للحصول على الاهتزازات المطلوبة وتكون النتيجة هي انعدام الصوت أو خشونته أو انخفاضه لدرجة غير مسموعة. وهذا الخلل يشمل ارتخاؤها مما يقلل من الفتحة التي يمر النفس خلالها ومن ثم تضخمها مما يعرقل حركة الاهتزاز.

وقد يحدث للأطفال أحياناً أن يستنشقوا أجساماً غريبة كمواد معدنية تدخل بين الحبلين الصوتيين فتحدث كحة شديدة ثم تهدأ الحالة وتكون الشكوى عبارة عن بحة في الصوت وتنسى الحالة الأصلية. كما أن الشلل في أحد الحبلين الصوتيين يجعل أحد

الحبال منخفضاً عن الآخر مما يؤدي إلى اهتزازات مختلفة وغير متساوية. إضافة لذلك أن التهاب الغضروف المحرك أو إصابة الحنجرة بأمراض، كأورام أو إصابة العصب الحنجري، يؤدي إلى اضطرابات صوتية. علاوة على ذلك أن الإصابات بالجهاز السمعي تؤثر في الصوت مثل فقدان السمع المحسوس أو تلف العصب السمعي، فيميل الأشخاص الذين يعانون من فقدان السمع المحسوس إلى التكلم بصوت عال جداً للتعويض عن أصواتهم التي يسمعونها ضعيفة جداً. ويلاحظ ذلك على وجه الخصوص في أحد تطورات كبر السن أو ما يسمى (بوقر الشيخوخة) ويذكر سيغمند ستيفن Sigmond Steven أن الأشخاص الذين يعانون من فقدان السمع التوصيلي يميلون إلى التكلم بصوت شديد الانخفاض لأنهم يسمعون أصواتهم مرتفعة جداً بفعل التوصيل من خلال الجمجمة. وغالباً ما نواجه ههذ الحالة عند حدوث التهاب في الأذن الوسطى أو التهاب الغشاء أو انسداد النفير.

ويذكر الزراد (1990) أننا لا يمكن أن نغفل دور الاضطرابات الهرمونية، فلها دور معروف أثناء البلوغ. فكلنا نلاحظ خشخشة الصوت عند الأولاد عند انتقالهم لمرحلة المراهقة. كما نلاحظ أن اضطراب الهرمونات الذكرية أو الأنثوية أثناء البلوغ قد يؤدي إلى اكتساب صوت لا يتلاءم مع جنس وسن المراهق. كما أن اضطرابات الغدد تؤثر على الصوت نتيجة لتأثيرها على الأعصاب مثل ضعف إفراز الغدة الدرقية الذي يؤدي إلى بحة حادة في الصوت، كما يمكن ملاحظة اضطراب في صوت بعض النساء كأحد مشكلات الدورة الطمثية.

6- الأسباب النفسية: تبدو الأسباب النفسية لاضطرابات الصوت واضحة في مظاهر الصوت الطفلي عند الكبار وبخاصة عندما تحدث عملية نكوص في الصوت أو الكلام إلى مرحلة الطفولة. كما يؤدي الانفعال الشديد كالخوف أو الارتباك أثناء الكلام إلى ظهور صوت مرتعش مهتز. وأحيّاناً يحدث انعدام كلي للصوت نتيجة

أسباب نفسية انفعالية كنتيجة للإحباط أو القلق أو الشعور بالفشل أو الهروب من الواقع بعد صدمات انفعالية شديدة. ويشير عطوف ياسين (1981) إلى وجود حالات من الاضطراب الصوتي يتكلم الفرد فيها بصوت مرتفع جداً بسبب الخوف من الصوت المرتفع ذاته وهو خوف مرضي إلا أن هذه الحالات نادرة الحدوث.

جـ- أنواع الاضطرابات الصوتية وتصنيفاتها:

1- رتابة الصوت ارتفاعاً وانخفاضاً: إن الصوت الطبيعي يكون من الناحية الفيزيائية على درجة كافية من الارتفاع والشدة من أجل تحقيق التواصل المطلوب. ولكن الخلل في طبقة الصوت أو نغمته يؤدي إلى ارتفاع الصوت أو انخفاضه بالنسبة للسلم الموسيقي الصوتي فيكون الصوت منخفضاً انخفاضاً غير عادي أو يكون مرتفعاً لدرجة الازعاج. وفي كلتا الحالتين يكون الصوت شاذاً بالنسبة للعمر والجنس وغير مناسب للموقف وللحديث وغريباً عن أذن السامع. كما يكون الصوت أيضاً وفي كلتا الحالتين رتيباً وعلى وتيرة واحدة إما عالياً أو منخفضاً دون امتلاك القدرة على التغيير.

ويكون المريض بالصوت المرتفع دائم الألم في منطقة البلعوم والحنجرة هذا عدا الألم النفسي الذي ينتابه من آثار هذا الاضطراب. فهو رغم كل محاولاته لتعديل صوته يفشل في ذلك. فنجده يتكلم بسرعة وبدون تنفس لفترة أثناء كلامه ويتظاهر بأن عملية التنفس لديه صعبة وأنه يكاد يختنق كحيلة دفاعية عن عجزه هذا. وعند عجز الحبال الصوتية يحدث استرخاء للضغط الموجه على أشرعة هذه الحبال محدثاً انخفاضاً في الصوت ويكون عكس الحالة السابقة غير مرتفع بشكل كافي أو كحد يسمح بالاتصال المطلوب مع الآخرين مما يجعلهم لا يفهمون حديثه وهذا بلا شك يسبب له اضطراباً نفسياً ويشعره بالنقص.

2- بحة الصوت: البحة هي انخفاض الطبقة الموسيقية للصوت مع قليل من الخشونة المصاحبة لاصدار الصوت، وهذه الخشونة ناتجة عن التهاب الحبال الصوتية.

والبحة قد تكون مؤقتة إذا كانت طارئة وقد تصبح مزمنة ودائمة عندما يحدث على أثرها عدم تناسق عصبي وعضلي في وظيفة الحبال الصوتية.

3- الصوت الخشن أو الغليظ: وهو الصوت الذي يتميز بالارتفاع في الشدة والانخفاض في الطبقة الصوتية مصحوبا بالإجهاد والتوتر للحبال الصوتية. وفي هذه الحالة تجد الحبال الصوتيةعند المصابين منتفخة ومتشنجة مما يضعف من مرونة اهتزازها ويصبح الكلام غير واضح والحديث مملاً ومتعباً للمتكلم والسامع. ويجدر الإشارة إلى أن استنشاق الغازات والتبغ والكحول قد يؤدي إلى الصوت الأجش.

4- **الصوت الطفلي**: هو نغمة الطفل في صوت الراشد. وظهور هذا الصوت الرفيع يعتبر شاذاً ولا يتناسب مع عمر وجنس ومرحلة الراشد المتكلم. إن الصوت بصفة عامة يتغير عند الانتقال من مرحلة الطفولة إلى المراهقة والدخول في مرحلة البلوغ. ولكن يحدث أحياناً تثبيت بعض عادات الصوت والكلام لدى الأطفال في حياة الراشدين. ولكن بعض الحالات يكون السبب فيها خللاً وظيفياً راجعاً إلى عوامل نفسية عميقة في طفولة الفرد وتكون حالته هنا هي نكوص في الصوت والكلام إلى مرحلة سابقة من النمو فتجعل الراشد يسلك في صوته سلوك الصغار في أصواتهم. وهذا ما جاءت به مدرسة التحليل النفسي في مجال الحيل الدفاعية لتحقيق التوافق.

5- **الصوت المرتعش أو المهتز**: هو صوت سريع متواتر غير متناسق ومتذبذب ارتفاعاً وانخفاضاً في آن واحد حيث نجد أن عملية التنفس تقوم بالسيطرة على مخارج الكلمات والحديث بدلاً من أن تكون عاملاً مساعداً في الحديث كما في الحالات الطبيعية. وكذلك يصدر الصوت مرتاباً وغير منسجم وغير واضح حيث يصعب على الفرد إخراج صوت هادئ طبيعي. ولكن أعراض هذا الاضطراب تكون مؤقتة أحياناً وتحدث لدى الفرد العادي في حالات الارتباك والخوف في مواقف خاصة.

6- الصوت الهامس: يتميز هذا الصوت بالضعف والرهافة والانخفاض الشديد. والمريض به لا يستطيع الصراخ أو الارتفاع بصوته وإنما يكون صوته هامساً، خصوصاً حيث يحاول أن يتكلم أثناء الشهيق مما يؤدي إلى نقص حجم الكلام. ويعتبر الهمس في الكلام مظهراً من مظاهر الخجل.

7- انعدام الصوت: هنا تكون الحالة أشبه بحالات البكم حيث يفقد الفرد القدرة على إخراج الأصوات. وتجد المريض يحاول التصويت والكلام ولكنه لا يستطيع، مما يضطره إلى التكلم بحركات إيمائية وإشارات. والشخص الذي تنعدم لديه القدرة على إخراج الأصوات كلية نجده دائماً في حالة انفعال حاد وغضب وهيجان لأنه يفقد الوسيلة في التعبير والتخاطب والتفاهم مع الآخرين. وهناك حالات فقدان للكلام تظهر عند الأطفال لأسباب نفسية انفعالية تكون نتيجة إحباط أو قلق أويأس أو شعور بالفشل والإذلال أو هروب من الواقع بعد صدمات انفعالية شديدة. ومثل هذه الحالات تعرف باسم فقدان الكلام الهستيري أو فقدان القدرة على إخراج الأصوات وهي من الأعراض الحركية الهستيرية، وتتخذ مظهرين هما: فقد القدرة على الكلام بصوت مرتفع وفقد القدرة على إصدار الأصوات كلية.

8- الكلام الأنفي: ويسمى بالخمخمة أو الخنف في الصوت. وهو كلام يخرج من لأنف الذي هو مخرج النون والجيم وهذا الاضطراب في الصوت يحدث بسبب إخراج الأصوات عن طريق التجويف الأنفي وعدم انغلاق هذا التجويف أثناء الكلام بسبب وجود فجوة في سقف الحلق قد تكون صغيرة أو كبيرة. وقد تشمل هذه الفجوة الجزء الرخو منه وقد تشمل الجزء الصلب منه أو قد تشملهما معاً.

وقد يمتد الانشقاق في بعض الحالات إلى الشفة العليا، وهذا ما يسمى بالشفة الأرنبية المشقوقة. والمصاب بهذا العيب يجد صعوبة في إخراج جميع الأصوات المتحركة والساكنة حيث يتم إخراج هذه الحروف بطريقة مشوهة غير مألوفة. أما الحروف

الساكنة فتتخذ أشكالاً مختلفة من الشخير أو الخنن أو الإبدال... وقد يكون العيب مؤقتاً عندما يحدث شلل في سقف الحلق أو يكون مصاحباً لشلل جسمي يعيب الطفل.

والكلام الأنفي له شكلان: خمخمة ناتجة عن عدم انغلاق التجويف الأنفي مما يمنع احتباس الهواء اللازم لصدور الصوت وإحداث الحروف، وخمخمة ناتجة عن انغلاق التجويف الأنفي انغلاقاً تاماً علماً أنه من المفروض أن يكون مفتوحاً بحيث يسمح بمرور المقدار اللازم من الهواء لإخراج بعض الأصوات الأنفية، مثل حالات انسداد الأنف بالزوائد الأنفية أو تضخم اللحمية خلف الأنف.

دراسة حالة:

ومن الدراسة الميدانية التي قمنا بها في هذا الصدد التقينا بطفل في العاشرة من عمره يدرس في الصف الخامس من المرحلة الابتدائية يشكو من الصوت الأنفي ويعيش ضمن أسرة غير طبيعية التكوين. فأبواه منفصلان قبل ميلاده، وهو يعيش مع أمه وأختيه الأكبر منه عند جدتهم أم والدتهم. وأمه لم تتزوج بعد طلاقها، أما الوالد فقد كون أسرة جديدة وله طفلان وطفلتان من زوجته الثانية.

لقد وصف الطفل أمه بأنها عصبية المزاج في أغلب الأحيان وهي تثور لأبسط الأشياء، إلا أنها تسرف في تدليله بسبب صوته غير العادي وبسبب الظروف غير الطبيعية التي ولد وعاش فيها منذ طفولته المبكرة.

أما الوالد فلم يذكر أنه عصبي أو سريع الغضب لأنه عندما يزورهم يكون لطيفاً معهم وعندما يذهب معه إلى بيته كان يعامله بلطف شديد، ونادراً ما يعاقبه عندما يخطئ أو يتشاجر مع أخوته. أما عن إخوته فقد ذكر أنه يحبهم لأنهم دائماً يلعبون معه، ويحس بأنه مرغوب من قبلهم.

أما بالنسبة لظروف الحمل فقد كانت طبيعية. ولم تتعرض الأم لأي أمراض أو

عمليات جراحية ولم تتعاطى أية عقاقير طبية أثناء فترة الحمل، إلا أنها مرت بأزمة نفسية عصبية وهي طلاقها من زوجها وكان ذلك في أواخر فترة الحمل. وكانت الولادة طبيعية ونمو الطفل طبيعياً ولم تلاحظ الأم أي خلل أو اضطراب في النمو الجسمي للطفل.

أما بالنسبة للنمو اللغوي فقد كانت فترة الصياح والمناغاة طبيعية، إلا أن الأم لاحظت فيها أن الطفل بطئ في ترديد الأصوات وعللت ذلك بضخامة اللسان التي ولد بها. وكان صوته وكلامه في مرحلة الطفولة المبكرة شبه مفهوم مع عيوب صوتية ظاهرة وهي الخمخمة في الصوت، أو التكلم من الأنف. وعندما عرضت هذه الحالة على الطبيب المختص أتضح أن التجويف الأنفي مغلق تماماً بسبب وجود لحمية متضخمة خلف الأنف. كما أن اللسان لا يساعد على سهولة الكلام ووضوحه بسبب تضخمه.

أما بالنسبة لمستواه الدراسي فقد أجمعت المعلمات أن الطفل يواجه صعوبات في تعلمه فهو لا يستطيع القراءة الجهرية ولا يحاول الاشتراك في المناقشات داخل الصف وهو يميل إلى الإنطواء.

أما سلوكه خارج الصف فهو عدواني ولا يجرؤ أحد من الأطفال أن يسخر منه أو يحاول الضحك عليه لأنه يواجه ذلك بسلوك عدواني يغلب عليه الضرب والشتم حتى ينتقم لنفسه ثم يعود لهدوئه. أما جهازه الكلامي فهو سليم ما عدا عضو اللسان المتضخم ووجود اللحمية خلف الأنف وصعوبة التنفس، وهو يعاني من الشخير أثناء نومه. والجدير بالذكر أن تضخم اللسان عند الطفل يبدو وراثياً لأن شقيته الكبرى لديها نفس المشكلة إلا أنها لا تشكو وجود اللحمية مثله. (أحمد والشيخ، 1996).

وباستعراض حالة الطفل هذه يمكن أن نصنف حالته ضمن النوع الثاني من حالات الخمخمة وهي انغلاق سقف الحلق انغلاقاً تاماً بسبب وجود الزوائد الأنفية

وهي اللحمية عند هذا الطفل وهي عوامل عضوية يمكن علاجها بالعملية الجراحية. أما ضخامة اللسان فهي وراثية ولا تشكل تلك المشكلة الضخمة التي إذا ظلت على حالتها تعوق الطفل في تكيفه النفسي والاجتماعي ولا تجعله يساير النظام التعليمي بنجاح.

د- تشخيص الاضطرابات الصوتية:

لتشخيص اضطرابات الصوت لابد من الفحص الطبي المبكر للطفل الذي يقوم به اختصاصيون في أمراض الأنف والأذن والحنجرة وغيرهم، رغم أن اكتشاف هذه العيوب الصوتية لا يخفى عن أي مستمع للمصاب بها. ولابد من دراسة تاريخ الإصابة ثم تحليل الصوت ونوعيته وفحص جهاز الكلام لديه والقدرة السمعية والقدرة العقلية والجوانب النفسية والوجدانية والحالة الصحية والنشاط الحركي العام للطفل. ويتم تحديد الاضطراب عن طريق الاعتماد على التقارير اللفظية المقدمة من الوالدين والمعلمين.

هـ- علاج الاضطرابات الصوتية:

1- العلاج الطبي الجراحي: تستخدم العمليات الجراحية لتعديل العيوب الخلقية، كترقيع الفجوات في سقف الحلق في حالات الخنف أو العملية الجراحية للشفة العليا المشقوقة (الأرنبية). ويفضل أن تجري مثل هذه العمليات في سن مبكرة لأنها تصبح عسيرة بعد أن يكبر الطفل ويكتمل نموه. أحياناً لا يلجأ الأطباء إلى التدخل الجراحي لسد سقف الحلق بعد أن يتجاوز الطفل السن المناسبة لذلك. لذا فإنهم يلجأون إلى سد هذه الفجوات بطرق صناعية. ويعقب ذلك تدريبات كلامية لتصحيح عادات الكلام الخاطئة التي كان ينطق بها الطفل.

2- العلاج الكلام: تستخدم التدريبات الكلامية لاستبدال عادات الكلام الخاطئة

لدى المريض سابقاً ومساعدته على إخراج الأصوات بصورة كلام واضح وسليم، فالطفل لن يستطيع النطق بشكل سليم ما لم يلق تدريباً خاصاً بذلك. والتدريب في حالة الخمخمة يكون بثلاثة أشكال، تدريبات لضبط إخراج وحبس الهواء - تدريبات لحركة اللسان والشفة وتدريبات لسقف الحلق.

3- العلاج البدني: يشير أحمد الصباحي (1973) إلى أن هناك تمرينات رياضية يمكن استخدامها لعلاج ضعف العضلاّت الجسمية. وعلى المعالج أن يضع للمصاب صورة واضحة عن أبعاد مشكلته لأجل التعاون معه برغبة وصدق بتشجيع المعالج والأسرة أيضاً.

ويتم تدريب الطفل على الراحة والاسترخاء والاطمئنان حتى يبعد عنه التوتر. فلقد ثبت أن خلو الجهاز الصوتي من التوتر وتوفر الراحة النفسية يسهل نجاح النواحي العلاجية المناسبة للمرحلة العمرية للمريض للتخلص من الاضطرابات الصوتية، مع ملاحظة أنه لابد لتحقيق النجاح العلاجي من تكامل الخطة العلاجية بين التخصصيين ومتابعة حالة المريض بشكل دوري حتى بعد تحسنه.

و- رعاية ذوي الاضطرابات الصوتية:

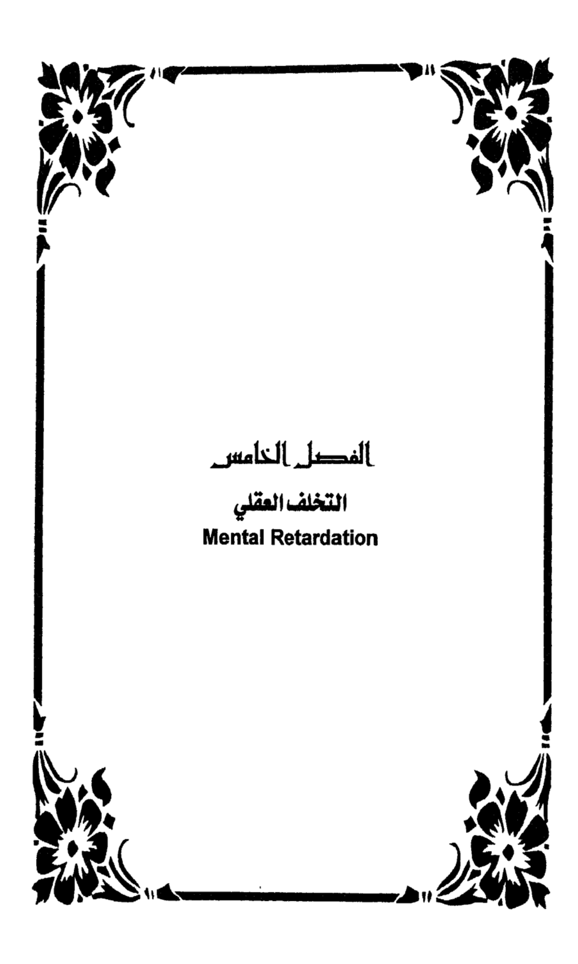
للرعاية والعناية بهذه الفئة ومحاولة الوصول بأفرادها إلى التكيف السريع مع أنفسهم ومع الوسط المحيط بهم ينبغي توفير وسائل التشخيص اللازمة لهذه الاضطرابات الصوتية في سن مبكرة، وعلى الأسرة أن تسرع بعرض الطفل للفحص الطبي والنفسي بغية الوقوف على أسباب هذه المشكلة ومواجهتها.

وإذا كانت الأسرة تضم أطفالاً من هذه الفئة فإن عليها أن توفر لهم الرعاية النفسية والاجتماعية الملائمة لتتجنب بذلك وقوع هؤلاء الأطفال في مواقف حرجة تعرضهم للسخرية من طرف الآخرين. وإنه يجب عليها أن تنمي فيهم الثقة بالنفس

وأن تتجنب التمييز بينهم وبين بقية اخوتهم حتى لا يشعرون بنقصهم وبالتالي ينمو لديهم الإحساس بالدونية والنقص عن الآخرين. وينبغي أن يكون التعامل معهم على أساس أنهم أشخاص عاديون ولا يجب معاملتهم بقسوة كما يفعل البعض. وعلى الأسرة أن تعمل على تخفيف التوتر النفسي الذي يلاقيه الطفل من تأثير هذه الاضطرابات وذلك بمناقشته عن مخاوفه وشكوكه حول مشكلته. وعند معاقبة الطفل يجب الابتعاد عن تعييره بصوته.

وبما أن الاتجاه السائد حالياً في ميدان التربية الخاصة وعلم النفس يرحب بدمج هؤلاء الأطفال من ذوي الحاجات الخاصة في الفصول النظامية لأن فصلهم في مدارس خاصة يؤثر سلباً على نفسياتهم ويزيد المشكلة سوءاً فإنه يجب معاملتهم معاملة خاصة داخل المدرسة العادية وإحاطتهم بالاهتمام الكافي. كما يجب أن يكون هناك اتصال قوي ومتواصل بين المنزل والمدرسة بشأنهم.





الفصل الخامس

التخلف العقلي

Mental Retardation

الفصل الخامس

التخلف العقلي

Mental Retardation

لقد نالت مشكلة التخلف العقلي اهتماماً كبيراً لدى كثير من المجتمعات، فهي من الظواهر المألوفة على مر العصور ولا يكاد يخلو مجتمع منها. فدائماً يوجد بعض الأفراد يعوقهم انخفاض المستوى العقلي الوظيفي عند القيام بأدوارهم والتوافق مع نشأتهم فيتخلفون عن أقرانهم في الدراسة وزملائهم في المهنة مما يؤثر على تقدم مجتمعاتهم وتطورها.

وتعد مشكلة التخلف العقلي نموذجاً فريداً في التكوين لكونها مشكلة متعددة الجوانب والأبعاد، فأبعادها طبية وصحية واجتماعية وتعليمية ونفسية وتأهيلية ومهنية. وتتداخل هذه الأبعاد مع بعضها البعض مما يحتم تكاتف الجهود من جميع الجهات في ميادين علم النفس والتربية والطب والاجتماع والقانون لسير أغوارها ومعرفة أسبابها وتحديد أثرها وطرق الوقاية منها والاستفادة القصوى من إمكانيات المنضوين تحتها.

أ- تعريف التخلف العقلي:

قبل التطرق للتعريفات العديدة للتخلف العقلي، لابد لنا من الوقوف عند تصنيف «تردجولد Tred gold» للشذوذ الذهني الذي أورده كمال مرسي (1970) والذي يعني: الاضطراب العقلي (ويشمل الاضطرابات الذهانية والعصابية والسيكوسوماتية) والانحطاط العقلي (ويشمل الجنون Dementia) وعدم اكتمال الارتقاء الذهني أو توقفه. ولكن هذا المصطلح، أي الشذوذ الذهني، في السنوات الأخيرة قد أطلق عليه

مصطلح التخلف العقلي. وهناك تعريفات اكثيرة للتخلف العقلي لا يسعها المجال هنا ولذلك سوف نختار منها أهم التعريفات المستخدمة على نطاق واسع والمتضمنة لصفات التعريف التي حددها كركشانك Cruickshnk (فاروق صادق 1976) ومنها:

1- التعريفات اللغوية Linguistic definitions:

يورد فاروق الروسان (1984) ظهور بعض المصطلحات ذات الاتجاه السلبي نحو التخلف العقلي «كالطفل الغبي أو البليد» وحديثاً ندر استخدام تلك المصطلحات واستبدلت بمصطلحات حديثة تبناها الاتجاه الحديث في التربية الخاصة لما لها من معان إيجابية. ومن هذه المصطلحات الضعف العقلي، التأخر العقلي، القصور العقلي والنقص العقلي.. فالضعف في اللغة، كما ورد في المختار من صحاح اللغة، ضده القوة ويسمى لا قوة والتأخر خلاف التقدم، والآخرة البطء، جاء آخره أي أخيراً. ومفهوم التخلف قريب من التآخر لأن الخلف ضد قدام، وإن كان مفهوم التخلف يستخدم للدلالة على فقدان الأمل في وصول الشخص المتأخر بعد تجاوز الموعد المحدد. والقصور يعني العجز أو عدم بلوغ الهدف (المختار من صحاح اللغة ص 434) والنقص يعني أن يصبح الشيء قليلاً (المنجد ص 467).

إن جميع هذه المصطلحات قيد التداول بين العاملين في مجال التربية الخاصة، وإلى الآن ليس ثمة اتفاق كبير في الاصطلاح على التسمية. ونتيجة لاختلاف وتباين تلك المصطلحات فقد قامت منظمة الصحة العالمية عام (1954) بمحاولة لتوحيد المصطلحات المستخدمة في هذا المجال فحددت مجال الضعف العقلي ليضم الحالات التي تكون العوامل المسببة لها ذات أصل عضوي.

أما مصطلح التخلف العقلي فيستعمل للإشارة إلى الانحرافات العقلية الناجمة عن صعوبة في القدرة على التعليم. إلا أن هذا التحديد لم يؤخذ به في كثير من دول العالم وفي هذا الصدد يذكر كمال دسوقي (1974) إن اتحاد الطب العقلي الأمريكي يتبنى

مصطلح النقص العقلي بينما الاتحاد الأمريكي للتخلف العقلي يؤيد مصطلح التأخر أو التخلف العقلي. وهذا دليل على أن اللغويين غير متفقين على تعريف لمفهوم التخلف العقلي علماً أنهم يعدونه شيئاً من النقص أو العوز في العقل.

2-التعريفات الطبية والعضوية Medical & Physiological definitions:

يعتبر التعريف الطبي للتخلف العقلي من أقدم تعريفات التخلف العقلي إذ يعد الأطباء من أوائل المهتمين بتعريف وتشخيص هذه الظاهرة. ومن هذه التعريفات للتخلف العقلي تعريف جرفيس Jervis كما أورده فاروق صادق (1976) بأنه حالة توقف أو عدم استكمال في النمو العقلي نتيجة لمرض أو إصابة قبل سن المراهقة أو كنتيجة لعوامل جينية.

هذا التعريف يركز على الأسباب المؤدية للتخلف العقلي ولكنه لا ينطبق على جميع حالات التخلف العقلي. وهناك تعريف بينوت Benoit الذي يعرفه بانه ضعف في الوظيفة العقلية ناتج عن عوامل أو محددات داخلية في الفرد أو عن عوامل خارجية بحيث تؤدي إلى تدهور في كفاءة الجهاز العصبي، ومن ثم فهي تؤدي إلى نقص في القدرة العامة للنمو وفي التكامل الإدراكي والفهم، وبالتالي في التكيف مع البيئة **(فاروق صادق 1976)**.

إضافة لذلك هناك تعريف بورنفيل Bournueville كما أورده صادق (1976) حيث يذكر بأنه توقف في النمو الفطري أو المكتسب في القدرات العقلية والخلقية والانفعالية.

هذا التعريف يبين دور الوراثة والبيئة في إحداث التخلف العقلي ويحدد القدرات التي تتعطل بسبب خلل وراثي أو بيئي. أما «ماريا اج Egg Maria» فقد عرفته كما ذكر عبدالسلام الدويبي (1985) بأنه يعني أن دماغ الطفل ينمو بسرعة أبطأ من السرعة التي ينموا بها عند بقية الأطفال ولذلك يتأخر نموه الذهني بكامله (الذكاء، الإرادة،

الانفعالات والمهارات والحركات وكل ما له علاقة بـذلك) ولكـن الملاحـظ أن هـذا التعريف يقتصر على كون السبب عضوي وظيفي يتعلق بالدماغ أما آثاره فتشمل عدة جوانب كالذكاء والإرادة والانفعالات والمهارات.

3- التعريفات السيكومترية Psychometric definitions:

ظهر التعريف السيكومتري للتخلـف العقـلي نتيجـة للتطـور الـشديد في حركـة القياس النفسي على يد بينيه منذ عام (1905) وظهر مقياسه عن الذكاء «ستانفورد بينيه» ثم ظهرت مقاييس أخرى كمقياس فيكسلر Wechesler وغيرها من المقاييس العقلية. لقد اعتمد التعريف السيكومتري على نسبة الذكاء كمحك في تعريف التخلف العقـلي وقد اعتبرت نسبة الذكاء 70٪ فما دون مؤشراً ودليلاً على التمييز بين المتخلفـين عقليـاً وغير المتخلفين عقلياً. ومن أشهر التصنيفات وأكثرها شيوعاً تصنيف تيرمان وميريـل Terman & Merril الذي أورده نادر الزيود (1991) وكان على النحو التالي:

70 فما دون	متخلف عقلياً
80 - 70	على حدود التخلف العقلي
90 - 80	غباء
110 - 90	عادي أو متوسط الذكاء
120 - 110	متفوق
130 - 120	متفوق جداً
130 فما فوق	موهوب

وقد حدد هذا التعريف فئات التخلف العقلي طبقـاً لاختبـارات بينيـه وفكـسلر، وهي كما يلي:

فئات التخلف العقلي	نسبة الذكاء طبقاً لاختبارات بينيه	نسبة الذكاء طبقاً لاختبارات فكسلر
تخلف عقلي بسيط	من 52 - 69	من 55 - 69
تخلف عقلي متوسط	من 36 - 51	من 40 - 54
تخلف عقلي شديد	من 20 - 35	من 25 - 39
تخلف عقلي حاد	من 19 فيا دون	من 24 فيا دون

اعتمد هذا التعريف السيكومتري على نسبة الذكاء ورغم أن المقاييس المستخدمة لذلك تعتبر من أفضل مقاييس الذكاء إلا أنها ليست المقاييس الوحيدة لـه لأن الـذكاء وظيفته معقدة ومتعددة الجوانب ولا يمكن قياسها من جانب واحد ولا بطريقة واحدة أو بمقياس واحد فقط.

4- التعريفات الاجتماعية Social definitions:

ظهر التعريف الاجتماعي للتخلف العقـلي نتيجـة للانتقـادات المتعـددة لمقـاييس القدرة العقلية كمقياس بينيه ومقياس فكسلر مـن حيـث محتواهـا وصـدقها وتأثرهـا بعوامل عرقية وثقافية وعقلية مما أدى إلى ظهور مقاييس اجتماعية تقيس مـدى تفاعـل الفرد مع بيئته واستجاباته للمتطلبات الاجتماعية.

وقد نادى بهذا الاتجاه كل من ميرسر (1973) وجينس (1980) وهما يركزان عـلى أن التعريف الاجتماعي يؤكد عـلى نجـاح الفـرد أو فـشله في الاسـتجابة للمتطلبـات الاجتاعية مقارنة مع نظرائه من نفس المجموعة العمرية ويصف الفرد بالتخلف العقلي إذ فشل في تحقيق تلك المتطلبات. وقـد عـبرا عـن موضـوع مـدى الاسـتجابة لتلـك المتطلبات بمصطلح السلوك التكيفي والذي يقاس بعـدد مـن المقـاييس الخاصـة بـه. (الروسان 1989).

وقد اعتبر العالم «دول» الصلاحية الاجتماعية محكاً للتعرف على المتخلفـين عقليـاً

فعرف المتخلف عقلياً بأنه غير كفء اجتماعياً ومهنياً ولا يستطيع تسيير أموره بنفسه وهو دون الأسوياء في الذكاء ويظهر تخلفه منذ الولادة ويبقى كذلك حتى الرشد وعلى الأغلب يعود تخلفه لعوامل تكوينية. إلا أن هذا التعريف يبدو خاصاً بالفئة الدنيا من المتخلفين عقلياً.

وهناك كثير من التعريفات العربية للتخلف العقلي في هذا المجال تتفق معظمها مع ما أورده جمال الخطيب ومنى الحريري (1994) الذي ينص على أنه انخفاض ملحوظ في مستوى الأداء العقلي العام يصحبه عجز في السلوك التكيفي ويظهر في مرحلة النمو المبكرة مما يؤثر سلبياً على الأداء التربوي للفرد. ويبدو واضحاً من ذلك أن هذا التعريف قد ركز على نقص الذكاء وما يترتب عليه من سوء تكيف وأثر سلبي على الأداء التربوي للفرد.

5- التعريفات التعليمية Educational Definitions:

استخدم بعض العلماء ومنهم انجرام مصطلح بطئ التعلم للتعبير عن الطفل الذي يكون في مستوى أقل من مستوى الصف الذي يجب أن يكون فيه. وهؤلاء الأطفال يكوّنون حوالي 18-20٪ من أطفال المدارس. وهم الذين تقع نسبة ذكائهم بين 50-89٪ والفئة التي يقع ذكاؤها بين 75-89٪ يطلق عليها الفئة البينية (بين العادي والمتخلف) وهي تمثل ما نسبته 16-18٪ من مجموع الأطفال بطيئي التعلم. أما الطفل المتخلف عقلياً في نظر انجرام فتكون نسبة ذكائه ما بين 50-75٪ وهذا التعريف يهتم بفئة القابلين للتعلم من المتخلفين عقلياً فقط دون سواها من الفئات الأخرى.

6- تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي وتطوراته:

ظهر هذا التعريف نتيجة للإنتقادات التي وجهت إلى التعريف السيكومتري المعتمد على معيار القدرة العقلية وحدها في تعريف التخلف العقلي أو نتيجة

للإنتقادات التي وجهت إلى التعريف الاجتماعي المعتمد على معيار الصلاحية الاجتماعية وحدها في تعريف التخلف العقلي. ولهذا جمع تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي بين المعيار السيكومتري والمعيار الاجتماعي وهو كما أوره الروسان (1989) ينص على أن «التخلف العقلي يمثل مستوى الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن متوسط الذكاء بانحراف معياري واحد يصاحبه خلل في السلوك التكيفي ويظهر في مراحل العمر النمائية منذ الميلاد وحتى سن 16سنة. وهذا التعريف صاغه هيبر (HEBER) عام (1959) وعدل عام (1961) وتبنته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي بعد ذلك.

وفي الفترة ما بين 1961-1973 حدثت تطورات كثيرة في ميدان التخلف العقلي، وجهت على أثرها انتقادات عديدة لتعريف هيبر والتي منها دعاوى المحاكم بشأن تصنيف بعض أطفال الأقليات في أمريكا بأنهم متخلفون عقلياً، واستعمال اختبارات الذكاء بغض النظر عن الفروق الثقافية للأطفال (الريحاني 1981)، ولهذا أخذت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي بتعريف جروسمان (1977) الذي ينص على الآتي: «التخلف العقلي يمثل مستوى من الأداء الوظيفي العقلي والذي يقل عن متوسط الذكاء بانحرافين معياريين، ويصاحب ذلك خلل واضح في السلوك التكيفي ويظهر في مراحل العمر النمائية منذ الميلاد وحتى سن 18 سنة.

ويشير هذا التعريف المعدل إلى أن اختلاف التوقعات، فيما يتعلق بنسب الذكاء، باختلاف المجموعات العمرية يترتب عليه اختلاف النقص في السلوك التكيفي باختلاف تلك الأعمار.

وينعكس هذا النقص كما أشار «ماكميلان» (MacMillan 1977) في الآتي:

- **خلال فترة الرضاعة والطفولة المبكرة:** يتضح في تطور المهارات الحركية الحسية ومهارات الاتصال ومهارات مساعدة الذات والتكيف الاجتماعي.

- **خلال مرحلة الطفولة المتأخرة والمراهقة المبكرة:** ينعكس النقص على تطبيق المهارات الأكاديمية والمحاسبة العقلية المناسبة في السيطرة على البيئة والمهارات الاجتماعية.

- **خلال مرحلة المراهقة:** والشباب ينعكس على الإنجازات والمسؤوليات المهنية والاجتماعية.

7- التعريف المعتمد في هذا الكتاب:

مما سبق عرضه من التعريفات التي اختلفت باختلاف زوايا النظر للتخلف العقلي يمكن أن نستخلص تعرفاً شاملاً يتضمن جميع أبعاد التخلف العقلي وهو: «أن التخلف العقلي حالة نقص أو توقف في النمو العقلي يحدث للفرد في سن مبكرة من حياته ويكون ناتجاً عن أسباب وراثية داخلية أو بيئية خارجية يصاحبها عدم القدرة على التوافق في المستوى الوظيفي والاجتماعي والتعليمي للفرد» ويمكن تحديد المصطلحات الواردة في هذا التعريف على النحو التالي:

إن النمو العقلي لا يعني به الذكاء فقط إنما يشمل الشخصية بجميع جوانبها المزاجية والسلوكية والذكائية والتي تعني القدرة على التعلم واكتساب الخبرة في الأعمال الجديدة وتطبيقها وإدراك العلاقة الهامة بين عناصر المشاكل المستجدة مما يمكن الفرد من مواجهة المواقف الجديدة باستجابات ملائمة (متولي 1981). أما بالنسبة لنقص النمو العقلي فيقصد به انخفاض في درجة الذكاء عن المتوسط بمعدل انحرافين معياريين وقصور في التوافق الاجتماعي وانخفاض في معدلات التحصيل الدراسي وبطء في الإدراك. أما السن المبكرة فيقصد بها الفترة الواقعة من ميلاد الطفل حتى بلوغه 18 سنة من العمر حسب تحديد جروسمان.

ب- مدى انتشار ظاهرة التخلف العقلي في المجتمعات ومعاييرها:

ينتشر التخلف العقلي في كل المجتمعات ولا يخول منه مجتمع ما. وتعد مسألة تقدير عدد المتخلفين عقلياً في المجتمع مسألة ضرورية لأنها توفر معرفة ما يلي:

أولاً: حجم المشكلة وطبيعتها وبؤرتها في المجتمع ومرتبتها بالنسبة للمشاكل الاجتماعية الأخرى.

ثانياً: أبعاد المشكلة وعواملها المتعددة.

ثالثاً: الأفراد الذين يمكن أن يكونوا في حد الخطر أو سيصبحون متخلفين عقلياً في مرحلة من مراحل حياتهم.

رابعاً: نوع الخدمات الوقائية والعلاجية اللازمة لهم.

وحسب ما ذكر في التقرير الإحصائي لمنظمة الصحة العالمية عام 1968 ونقله الزيود (1991) فإن عدد المتخلفين عقلياً من بين أفراد المجتمع بصفة عامة يبلغ ضعف مجموع عدد المكفوفين والمصابين بالشلل والحمى الروماتيزمية وشلل الأطفال وغيرها من العلل. وتختلف نسبة انتشار هذه الظاهرة من مجتمع لآخر فهي تتراوح ما بين 0.43٪ و 7.7٪ ويعود هذا التفاوت في النسبة المئوية للمتخلفين عقلياً إلى نوع المعيار المستخدم في تحديد التخلف العقلي وقياس انتشاره ومنها:

1- معيار نسبة الذكاء المستخدم في تعريف التخلف العقلي: إذا استخدم على سبيل المثال المعيار الوارد في تعريف هيبر Heber للتخلف العقلي الذي يتضمن بأن التخلف العقلي يعني أقل من انحراف معياري واحد عن المتوسط فإن نسبة التخلف العقلي في المجتمع تصل 15.86٪ في حين إذا استخدم المعيار الوارد في تعريف «جروسمان» للتخلف العقلي الذي يبين بأنه «أقل بانحرافين معياريين عن المتوسط» فستكون النسبة 2.27٪ (الروسان 1989).

2- ميعار العمر المستخدم في تعريف التخلف العقلي: إذا استخدم معيار العمر عند «هيبر» فإن سقف العمر النهائي هو سن 16 سنة بينما لو استخدم معيار العمر عند «جروسمان» فإن سقف العمر النهائي هو 18 سنة. وبما أن نسبة الأطفال والشباب في المجتمع حوالي 50٪، فإن ذلك يترتب عليه انخفاض في نسبة التخلف العقلي من 2.27٪ إلى 1.15٪. هذا وقد لاحظ تيرجان وآخرون **(Tarjan & Others 1973)** اختلاف نسب المتخلفين باختلاف الأعمار. حيث وجدوا أن نسب المتخلفين تخلفاً عقلياً بسيطاً تقل في مرحلة الروضة وتزداد في المرحلة المتقدمة من المدرسة.

3- معيار السلوك التكيفي المستخدم في تعريف التخلف العقلي: ويقصد بذلك أن الفرد المتخلف عقلياً هو من تقل نسبة ذكائه عن 75٪ وفي الوقت نفسه يعاني من خلل واضح في السلوك التكيفي كما يقاس بالمقاييس الخاصة بذلك. وهذا يعني أننا إذا أضفنا الدرجة المتحصل عليها في مقاييس السلوك التكيفي إلى المعايير التي تقرر نسبة المتخلفين عقلياً فإن نسب التخلف العقلي في المجتمع ستقل من 2.27٪ إلى 1٪.

4- معيار العوامل الصحية والثقافية والاجتماعية: تلعب هذه العوامل دورها في زيادة أو نقص التخلف العقلي. أي أن التخلف العقلي يقل كلما ازداد الحرص على تفادي هذه العوامل مستقبلاً ورعاية وتأهيل ما وجد منها بالمجتمع من حالات. وحسب الاحصائيات التي أوردها مكتب اليونسكو عام 1981، فقد بلغت نسبة المتخلفين عقلياً في البلاد العربية 3.8٪ بينما بلغت نسبة المتخلفين عقلياً في السويد 0.04٪ مما يدل على دور الوعي في الكشف عن الحالات وتقديم الخدمات الوقائية والارشادية المستقبلية للتقليل من تلك النسب في المجتمع. كما دلت بعض الدراسات المسحية على ارتفاع نسب المتخلفين عقلياً في الطبقات الدنيا.

جـ- النظريات المفسرة للتخلف العقلي:

تناولت كثير من نظريات ومدارس علم النفس المختلفة مفهوم التخلف العقلي

وفيما يلي نذكر بعض هذه النظريات التي أوردها (فاروق صادق، 1976) بإيجاز شديد مظهرين في ذلك أهم معالم النظريات المذكورة في التخلف العقلي.

1- نظرية الجشطالت Gestalt Theory:

يؤكد علماء الجشطالت أن الادراك الكلي للشيء تتحدد طبيعته وتكوينه من خلال اعتماده على ادراك الأجزاء وترابطها ومدى العلاقة بينها، فقد أكد على ذلك الكثير من العلماء أمثال كوهلر وفيرتهيمر وكاتز باعتبار النظم الحسية هي الأساس في ادراك الأشياء. وحول تطبيق النظرية في مشاكل التخلف العقلي نجد أن هناك اتجاهين في تفسير التخلف العقلي، فالاتجاه الأول تبناه ويرتر واسترادس ويرى هذا الاتجاه أن التخلف في بعض الحالات هو من النوع الناشيء عن أسباب خارجية وفي حالات أخرى عن أسباب داخلية.

وقد أجريت كثير من الأبحاث التي قوبلته ببعض الاعتراضات لأنها تحتاج إلى كثير من التأكيد والاستقصاء لاثبات ما تدعيه. أما الاتجاه الثاني فقد تبناه لوين - كونين، حيث اتبع هذا الاتجاه طرقاً مختلفة عن الاتجاه السابق. ومن خلال علاقة نظرية المجال النيوروولوجية التي قدمها لوين في التخلف العقلي، جاءت الدلائل التجريبية من ثلاث تجارب الأولى في التشبع الادراكي والثانية والثالثة أجريتا على صغار من المتخلفين لمعرفة قدرتهم على الاستمرار في تكملة عمل يقومون به. من خلال الاطلاع على هذين الاتجاهين يمكننا أخذ الفروق الوراثية التكوينية في الاعتبار عند تحديد التخلف العقلي.

2- نظرية هب الفسيولوجية النيورولوجية
Hebb's Nurological Physiological Theory

تعتبر هذه النظرية عكس نظرية الجشطالت حيث ترى أن العمليات الادراكية غير وراثية بل أن الفرد يتعلمها ويكتسبها خلال حياته. كما أنها تقوم على أساس مفاهيم

تعتمد تفسير طبيعة وتكوين المخ والجهاز العصبي بوجه عام. وتؤكد النظرية على أهمية الخبرات الإدراكية أثناء الطفولة المبكرة، فالتعليم المبكر يكون منطقياً بل ومن أقوى الأسس المنطقية لعلاج التخلف العقلي.

وفي ضوء هذه النظرية يتطلب التدريس للمتخلفين عقلياً تناول الموقف التعليمي والتركيز على انتباه الطفل إلى المادة المقصود تعلمها من خلال ابعاد المثيرات غير المنتمية للموقف التعليمي، وتقديم المادة في صورة ملموسة بانتقالها من البسيط إلى المعقد، بالإضافة إلى استخدام أكثر من قناة حسية واحدة، لأن مثل ذلك التدريب والممارسة لازمين. لقد اهتم العاملون في ميدان تدريس المتخلفين عقلياً بتطبيق هذه النظرية إلا أن مفهومات هذه النظرية لا زالت في طور لا يسمح باستخدامها دون تأكيد تجريبي عن قيمتها الفسيولوجية والنيورولوجية أولاً.

3- نظرية اليس في مسرب المثير Ellis Theory of Stimulus Trace:

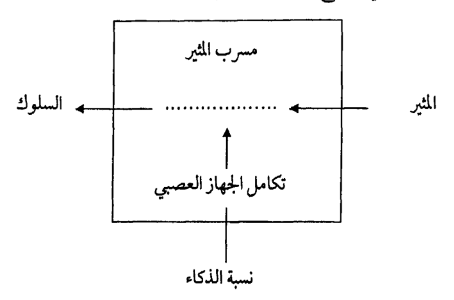
يرى نورمان إليس أن القصور في تعلم المتخلفين عقلياً يمكن تقييمه في ضوء مفهوم مسار المثير كميكانزم يمكن في ضوئه تفسير الفروق الفردية في التذكر المباشر بين السوى والمتخلف عقلياً.

وتعتمد هذه النظرية على مفهومين الأول هو مسرب المثير، والثاني هو تكامل الجهاز العصبي. وتقوم النظرية على افتراض هو أن شدة وطول فترة المسرب تضعف وتقل في الكائنات المصابة بإصابات في الجهاز العصبي.

لقد استفاد اليس في أدلته من كثير من البحوث والدراسات النفسية مع الأسوياء والمتخلفين عقلياً كدراسات أثر وضع المادة في التعلم اللفظي التتابعي، وأبحاث في الاستجابة المرجاة، ودراسات في رسم المخ الكهربائي، ودراسات التحليل العاملي لاختبارات الذكاء ووجد أن هذه الدراسات والأبحاث تقدم لنا مفهوماً آخراً في تفسير

الفروق الفردية بين الأسوياء والمتخلفين عقلياً، كما يمكننا أن نستنتج أن القصور في سلوك المتخلف عقلياً في مواقف التعلم يعزى إلى عدة عوامل منها القصور في التذكر المباشر في الموقف التعليمي.

والشكل التالي يوضح فكرة مسرب المثير:



4- نظرية بياجيه في النمو العقلي Piagets Mental Development Theory:

يرى بياجيه أن الذكاء هو القدرة على التكيف ويمثل نقطة التوازن بين أثر أفعال الكائن الحي على البيئة وأثر أفعال البيئة على الكائن الحي. وتفترض نظرية بياجيه ثلاث مراحل أساسية من مراحل النمو العقلي وهي:

- **المرحلة الحسية الحركية:** من الميلاد إلى سن الثانية من العمر.

- **مرحلة الذكاء المتصل بالمفاهيم والمدركات الكلية:** وتمتد من سن الثانية حتى سن الحادية عشرة وتنقسم إلى المراحل التطورية الفرعية التالية:

❖ مرحلة ما قبل المفاهيم Pre - Conceptual من سن 2-4 سنوات.

❖ مرحلة الحدس Intution من سن 4-7 سنوات.

❖ مرحلة العمليات المحسوسة Concrete Operation من سن 7-11.

❖ مرحلة التفكير الناضج القائم على استخدام المفاهيم والمدركات الكلية والتي تبدأ من سن الحادية عشر تقريباً.

يرى بياجيه أن التخلف العقلي بأنه العجز عن التقدم من المستويات الأولية إلى مستويات عقلية أعلى وأكثر تنظيماً ولذلك فقد حققت نظرية بياجيه نجاحاً تجريبياً ملحوظاً من خلال الدراسات والأبحاث التي قام بها العديد من الباحثين أمثال وودوارد وانهلدر ولوراند وبينيارد وطبقت دراستهم في تعلمي المتخلفين عقلياً واختباراتهم وتقسيمهم وتحويلهم إلى الخدمات الأكاديمية العلاجية التخصصية مستفيدين من اختبارات الذكاء وأهمية التعليم الحسي والانتقال في تنظيم العمل من خطوة إلى خطوة أخرى ومن مرحلة إلى مرحلة أكثر تعقيداً (**بيجو، Bijou 1963**).

5- نظرية التحليل النفسي Psyschonalysis Theory:

يمكننا فهم التخلف العقلي في ضوء هذه النظرية من خلال آراء فرويد في التحليل النفسي والتي تشير إلى أن المتخلف عقلياً يتأخر لديه تكوين الذات الذي يجعل نمو ذاته عملية صعبة وبطيئة، فيكون غير قادر على التعامل مع المواقف التي يحتاج فيها للسيطرة على ذاته العليا مما يسبب تصدعاً في بناء شخصيته ككل.

فمن المعروف جيداً أنه في مرحلة النمو الجسمي يحتاج الطفل المتخلف عقلياً إلى فترة أطول زمنياً للتخلص من عادة المرحلة حتى ينتقل إلى المرحلة التالية في النـو. وفي مرحلة العمليات الدفاعية اللاشعورية نجد أن ذاته تنحصر بين رغبات الهو ومتطلبات الأنا الأعلى فيكون قلقاً ولديه شعور بالذنب وتكون الذات غير قادرة على تحقيق الأهداف فلا يجد الذات فرصاً للتعبير عنها إلى عن طريق العمليات اللاشعورية مثل النكوص والعزل والنكران.

إلا أن هذا التحليل قد قوبل بالنقد من قبل «هوايت» بادخاله مفهوم الكفاءة أي القدرة على التفاعل مع البيئة، حيث يرى «هوايت» أن المتخلف عقلياً يكتشف بيئته ويسيطر عليها ويتكون لديه شعور بالكفاية حتى وإن كان بطيئاً ولكنه سيكون في نفس الوقت صحيحاً، فكثير من المتخلفين عقلياً لديهم كفاءات من نوع آخر في الموسيقى والرسم وغيره (صادق، 1976).

ومن العرض السابق للنظريات يبدو لنا أن كل النظريات تتفق في أنها تسعى إلى تحقيق هدف واحد ألا وهو علاج المتخلفين عقلياً على الرغم من اختلافها في الوسيلة التي تحقق بها هذا الهدف.

فنظرية الجشطالت مثلاً تؤكد على أن علاج التخلف العقلي يسهم في الادراك الكلي للشيء والذي يتحدد من خلال ادراك الأجزاء وترابطها ومدى العلاقة بينهما. في حين نجد أن نظرية «هب» عكس الجشطالت تؤكد على أهمية الخبرات الادراكية أثناء الطفولة المبكرة، وأن التعليم المبكر يكون من أقوى الأسس المنطقية لعلاج التخلف العقلي.

أما نظرية «أليس» فإنها تفسر التخلف العقلي في ضوء الفروق الفردية في التذكر المباشر بين المتخلفين عقلياً والأسوياء، حيث أنها تفسر على أساس أنها فروق في التذكر المباشر وتكامل الجهاز العصبي، وترجع هذه النظرية القصور عند المتخلفين عقلياً إلى فقدان صفة الاستمرار بين الحوادث في الموقف التعليمي كنتيجة للقصور في مسرب المثير الناتج عن إصابات الدماغ المحتملة.

ونلاحظ أن بياجيه اتجه إلى تفسير التخلف العقلي من خلال تفسيره للذكاء والذي يعتبره نقطة للتوازن بين أثر أفعال الكائن الحي على البيئة وأثر أفعال البيئة على الكائن الحي، ولذلك فإنه يعتبر التخلف العقلي هو العجز عن التقدم من المستويات الأولية إلى مستويات عقلية أعلى مستوى وأكثر تنظيماً. أما نظرية التحليل النفسي فقد ركزت على

تكوين الذات لدى المختلف بالإضافة إلى ذاته العليا التي تؤثر في بناء شخصيته ككل. كما اهتمت هذه النظرية أيضاً بمرحلة العمليات الدفاعية اللاشعورية حيث تقول أن ذات المتخلف تنحصر بين رغبات الهو ومتطلبات الأنا الأعلى.

د- أسباب التخلف العقلي

اهتمت البحوث والدراسات العلمية من قديم الزمن بتحديد العوامل المسببة للتخلف العقلي وأساليب الوقاية والعلاج منه. وبالرغم من أن العلم لم يتقدم كثيراً في الوصول إلى أساليب العلاج وطرق الوقاية إلا أن الكثير قد عرف عن أسباب الضعف العقلي ونلخص بعض هذه الأسباب التي أوردتها فياض **(1987)** وأحمد **(1976)** ومخلوف **(1991)** فيما يلي:

- **عوامل وراثية جينية:** وهذه سنتوسع فيها بعد قليل.

- **عوامل ما قبل الولادة:** مثل الاستخدام الزائد لأشعة اكس أو النظائر المشعة في علاج الأم أثناء الحمل وإصابة الأم بالزهري أو الحصبة الألمانية أو الحمى الصفراء أو غيرها من الأمراض الفيروسية أثناء الفترة الأولى من الحمل وتعرض الأم لاضطرابات نفسية عنيفة تؤثر في التركيب الكيميائي لغذاء الجنين وإدمان الأم على المخدرات أو المسكرات أثناء الحمل وتعرض الأم للحوادث أو محاولتها الإجهاض وإصابتها بالحمى الشديدة أو فقر الدم أو اضطرابات في إفراز الغدد وانحباس أو نقص الأوكسجين عن الجنين في المرحلة الأخيرة من الحمل أو التفاف الحبل السري.

- **عوامل ولادية:** مثل الولادة العسرة بالقيصرية أو الولادة بالآلات وإصابات الجمجمة أو المخ أثناء الولادة.

- **عوامل بعد ولادية:** مثل إصابة الطفل بعد الولادة - وقبل البلوغ - بأحد الحميات التي تؤثر على خلايا المخ (الحمى الشوكية) أو إصابة أنسجة الجهاز العصبي

المحيطي بالسل، أو التسمم بمركبات الرصاص أو أبخرته أثناء الطفولة المبكرة، أو الإصابة بالأمراض مثل التهاب السحايا والاتهاب الدماغي واضطراب الغدد وإصابة الدماغ، أو الإصابة بأمراض فيروسية مثل الحصبة الألمانية والسعال الديكي والحمى القرمزية والالتهاب السحائي والجزام والشلل اللحائي، أو إصابة الجمجمة في مرحلة الطفولة عند السقوط أو الاصطدام وقبل المراهقة بصورة يترتب عليها تلف في بعض أجزاء المخ والعيش في البيئة الفقيرة التي تعوذها المثيرات والأنشطة الذهنية التي تؤدي إلى تنمية الذكاء في مراحل نموه الأولى حيث تعد مسؤولة عن نسبة كبيرة من حالات التخلف العقلي البسيط.

ومن أهم الأسباب المؤدية إلى التخلف العقلي والتي يجب أن نتناولها بشيء من التفصيل وأوردها كل من فياض (1983) وأحمد (1976) ومخلوف (1991) ومرسي (1991) ما يلي:

1- عوامل فطرية مؤدية إلى خلل في التمثيل الغذائي وخاصة تمثيل البروتين: وهي حالة تورث من جيل إلى جيل.

وقد أثبتت الدراسات الإحصائية التي أجريت في الدانمارك على أنه من بين كل مائة طفل حديث الولادة يوجد ثلاثة أطفال يعانون من هذا المرض وإذا أهمل علاجهم انتهى بهم الأمر إلى حالة تخلف عقلي شديد. فالمعروف أن جسم الإنسان يحتاج إلى عدد كبير من الأحماض الأمينية يصل عددها إلى 22 حامضاً أمينياً لبناء أنسجته وهو يحصل عليها من البروتينات المستمدة من الغذاء كاللحوم والبقول والألبان. ووجد أن بعض الأطفال يولدون ولديهم قصورفي القدرة على تمثيل أحد أنواع هذه الأحماض الأمينية وهو الفينايلالانين.

وقد ثبت أن أقل قدر من هذا الحامض الأميني في الدم إذا لم يمثل يصبح ذا أثر سام ومدمر لخلايا المخ والأنسجة العصبية ويمكن الكشف عنه بسهولة في البول. كما

يمكن الكشف عليه في الدم. وإذا تم اكتشافه مبكراً قبل نهاية الشهر الأول من عمر الطفل يمكن علاجه والوقاية منه ولذلك فقد لجأت بعض الدول للكشف عن هذا الخلل إجبارياً على الأطفال خلال الشهور الثالثة الأولى بعد الميلاد.

2- **حالات عدم تطابق دم الطفل ودم الأم من حيث العامل الريصي**: من الحالات التي ثبت أنها تؤدي إلى الضعف العقلي هو اختلاف دم الأم عن دم الطفل من حيث العامل الريصي في دمهما. فإذا كان دم الأم (+) ودم الطفل (-) ترتب على ذلك تحطيم كريات الدم الحمراء التي تتكون في نخاع العظام وزيادة نسبة الصفراء في الدم والتي تؤثر على خلايا المخ ووظائف وقد تؤدي إلى وفاة الطفل أو إلى حالة ضعف عقلي شديد. ولذلك يجب أن تعالج الحالة في خلال الأسابيع الأولى من حياة الطفل عن طريق نقل الدم المخالف.

3- **حالات الخلل أو الشذوذ الكروموسومي**: يعتبر الخلل أو الشذوذ الكروموسومي من الأسباب الهامة للتخلف العقلي. فهو مسؤول عن 15٪ من حالات الضعف العقلي وعن 25٪ من حالات الإجهاض في الشهور الثلاثة الأولى من الحمل وعن 50٪ من حالات العقم عند النساء وعن 20٪ من حالات العقم عند الرجال. وبالرغم من أن البحوث التي أجريت في السنوات الأخيرة على حالات الشذوذ الكروموسومي لم تصل إلى وسائل ناجحة للوقاية من حدوث الشذوذ، إلا أنه أصبح من السهل الآن التعرف على عدد من أشكال هذا الشذوذ.

ففي 1960 نشر المركز القومي للبحوث العلمية عن التخلف العقلي في الدانمارك بحثاً عن إمكانية التنبؤ بها إذا كان الطفل سيولد طبيعياً أم متخلفاً وذلك عن طريق إجراء فحص وتحليل ميكروسكوبي لقطرة من السائل الجنيني.

4- **سوء التغذية الشديد للطفل**: أوضحت كثير من البحوث والدراسات التي أجريت حول أثر سوء التغذية، وخاصة إذا استمرت لعدة أجيال، على نمو ذكاء أطفال

الأسر التي تعاني من النقص الغذائي إما بسبب الفقر أو الجهل بالأصول العلمية للغذاء الكامل وقد أثبتت نتائج تلك البحوث بما لا يدع مجالاً للشك أن نسبة كبيرة من حالات التخلف العقلي ترجع لهذا السبب وخاصة من فئة المورون التي تتراوح فيها نسبة الذكاء بين (50-70).

5- **البيئة الثقافية للفرد:** أثبتت البحوث علاقة البيئة الثقافية التي تنخفض فيها نسبة التعليم التي يعيش فيها الطفل سنوات حياته الأولى، بنمو الذكاء، فقد وجد أنه حيث ينتشر الجهل والأمية ولا تتوفر العوامل المثيرة للنشاط العقلي تزداد نسبة التخلف العقلي بين الأطفال لأن نمو الذكاء يتأثر بلا شك بخبرات الطفولة وفرص التعليم المبكر والتفاعل الفكري المتصل.

ولقد أثبتت الدراسات أن الأطفال الذين يأتون من بيئات فقيرة ومن أسر لا يجدون فيها الأباء الذين يجعلون حياتهم زاخرة بالمثيرات ويمدونهم بالخبرات العلمية يصلون إلى المدرسة وهم متخلفون كثيراً عن زملائهم ويبدأون حياتهم المدرسية في إطار من الفشل الذي ينتهي بهم إلى صورة من صور التخلف العقلي.

وقد دلت الأبحاث التي أجريت على مثل هؤلاء الأطفال على أن سرعة المبادرة بإعداد برامج تعليمية غنية بالخبرات والمثيرات الحسية المنبهة للتفكير والتي تسمى بالبرامج التعويضية Compensatory programs يمكن أن يكون لها أثر فعال في وقايتهم من التخلف العقلي مستقبلاً. وقد بعثت النتائج التي أدت إليها البحوث الحديثة في ميدان التعليم وطرق التدريس أملاً جديداً في رفع مستوى تحصيل هؤلاء الأطفال.

ومن أهم التطورات التي حدثت في هذا الميدان الآلات التعليمية Teaching Machines التي استخدمت بنجاح ملموس في عدد من مراكز ومدارس المتخلفين عقلياً إذ تعتمد هذه الآلات على نظرية (سكينر) والتعليم المبرمج، وحيث تعطي الآلة

الطفل الذي يجلس أمامها جرعات صغيرة من المعلومات التي تناسبه مصحوبة بأسئلة بسيطة يجيب عليها الطفل ثم تعطيه الآلة الإجابة الصحيحة فوراً ليعرف ما إذا كانت إجابته صحيحة أو خاطئة فتصححها له ثم تنتقل الآلة بالطفل إلى جرعة أخرى من المعلومات.

وهكذا تنتقل به من معرفة بسيطة إلى معلومات أكثر عمقاً بتدرج بطيء يتناسب مع قدرة كل طفل على حدة، وبهذا تبنى في الطفل ثقته بنفسه... وقد أمكن عن طريق هذه الآلات تعليم الأطفال المتخلفين عقلياً معلومات لم نكن نتصور أنه يمكن لأي منهم أن يلم بها.

هـ- خصائص ضعاف العقول:

يمكن تلخيص خصائص ضعاف العقول مما أورده عبدالغفار وبرادة (1965) ومرسي (1991) فيما يلي:

1- الخصائص الجسمية: لا يختلف النمو الجسمي لضعاف العقول عن النمو الجسمي للأطفال العاديين ولكن بعض الدراسات والبحوث أوضحت وجود بطء نسبي في النمو الجسمي وفي الحبو والمشي والكلام لضعاف العقول وإنهم أكثر تعرضاً للأمراض من غيرهم من الأطفال العاديين، علماً أنه لم يتبين ما إذا كانت هذه الخصائص راجعة إلى التخلف العقلي أو إلى ظروف بيئية أو إلى العاملين معاً. كما أوضحت دراسات أخرى أن بعض حالات الضعف العقلي يصاحبها نقص في الوزن والطول عن متوسط الأسوياء في المهارات الحركية أو ضعف في البصر أو السمع أو عدم تكامل في نمو الأسنان والعضلات.

وفي دراسة أجريت على ثلاثة آلاف طفل وجد أن الطفل ضعيف العقل لا يبدأ المشي قبل ثلاث سنوات أو أربع سنوات ولا يستطيع الكلام أو التحكم في الإخراج

قبل أربع سنوات أو خمس سنوات من عمره، ولا يصل النمو الحركي للطفل الأبله والمعتوه إلى مستوى النمو والاتزان الحركي للطفل العادي إطلاقاً. وتزداد نسبة عيوب النطق والكلام زيادة ملحوظة بين ضعاف العقول.

ومن جهة الحواس فقد عرفت حالات ضعف عقلي كثيرة تكاد تنعدم لديها حاستا الشم والذوق. ولهذا نرى بعض ضعاف العقول يأكلون كل ما يأتي تحت أيديهم دون تمييز أو تفرقة. إضافة لذلك قد يصاحب التخلف العقلي حالات القصاع والمنغولية واستسقاء الدماغ وعيوب المشي وعدم الاتزان وعمى الألوان وقصر البصر ...الخ.

2- **الخصائص العقلية:** تعتبر من أهم الخصائص التي تميز ضعيف العقل عن الطفل العادي فهو:

❖ يختلف في معدل نموه العقلي ومستواه ولو أنه يمر بنفس المراحل التي يمر بها الطفل العادي حيث يلاحظ عليه القصور الواضح في معاملته للرموز المعنوية، بينما تبعث الظواهر الحسية فيه فهماً أعلى درجة وأدق نوعاً كما يتضح في نجاحه في الأعمال اليدوية ويجد صعوبة في تكيفه للمواقف الجديدة وخاصة إذا كان الموقف يتكون من عناصر متعددة وقد يعزى ذلك إلى ضعف قدرته على التعلم وبالتالي على استفادته من الخبرات السابقة.

❖ يظهر عليه التأخر في النمو اللغوي والكلامي.

❖ يكون التأمل الباطني محدوداً عنده، وبالتالي فهو ضعيف في قدرته على التصور والتخيل ومن ثم يميل لتبسيط المعلومات.

❖ تكون المقدرة على التعميم عنده وكذلك المقدرة على التذكر ضعيفة.

❖ لا يستطيع الانتباه والتركيز ولذلك فهو يحتاج إلى مثيرات قوية لجذب انتباهه

أكثر من مجرد المثير اللفظي والمجرد المعنوي ولهذا السبب لا يستطيع إدراك المفاهيم إدراكاً مجرداً. وليس لديه قدرة على التعميم الذي يحتاج إلى قدر من التجريد.

❖ قدرته على التفكير قليلة، سواء كان التفكير مجرداً ويتعلق بشيء ملموس أو لم يكن شيئاً معنوياً.

3- الخصائص الاجتماعية والانفعالية: يلاحظ أن المتخلف عقلياً يكون:

ضعيف الإرادة وسهل الانقياد، ومن هنا يبدو خطر ضعاف العقول على المجتمع. فقد أثبتت بعض الدراسات التي أجريت على عينة من أبناء مؤسسات الأحداث المنحرفين أن 66٪ منهم كانوا من ضعاف العقول مما يوحي بربط الضعف العقلي بالانحراف.

والواقع أن الارتباط ليس قوياً، فليس كل ضعاف العقول منحرفين ولكن يرجع انحراف ضعيف العقل لأسباب منها: ضعف إرادته وسهولة استهوائه، وعدم تقديره للمسؤولية ومفهوم القانون، وقوة بعض دوافعه الفطرية كالدافع الجنسي وبقاؤها على صورتها الفطرية الأولية دون تعديل أو تهذيب.

- **العدوانية والانسحاب:** يلاحظ أن المتخلف عقلياً عدواني ومنسحب يتكرر سلوكه ويفرط في النشاط ولا يقدر على ضبط انفعالاته أو على بناء علاقات اجتماعية جيدة ويميل لمعاشرة من هم أصغر سناً منه، ولديه تقدير ذاتي منخفض، ولا يشعر بالأمن والكفاية بل يشعر بالفشل المستمر والعجز وقلة الشأن والدونية والبلادة وعدم الاكتراث والانفجار التلقائي.

هذا وتختلف خصائص الطفل المتخلف عقلياً من النواحي المختلفة حسب درجة تخلفه العقلي. فالطفل المتخلف عقلياً من فئة التخلف العقلي البسيط يستطيع منذ الولادة حتى سن السادسة أن ينمي مهارات الاتصال والمهارات الاجتماعية لديه

ويستطيع التحصيل في مرحلة الدراسة حتى مستوى الصف الخامس ويصبح متوافقاً مع بيئته شريطة أن يحصل على المساعدة.

أما الطفل المتخلف عقلياً من فئة التخلف العقلي المتوسط فإنه يتأخر في النمو اللغوي حتى سن الخامسة ولكنه يستطيع تعلم الكلام ومهارات الاتصال. ومع ذلك فإنه يتسم بقلة الوعي بالأمور الاجتماعية ويقل نموه الحركي عن العاديين ويمكن تدريبه على اكتساب مهارات المعيشة وتدبير أمور الحياة مع شيئ من التوجيه. كما أنه يستطيع التحصيل حتى مستوى الصف الثاني الابتدائي ويستطيع اكتساب المهارات الاجتماعية البسيطة والاعتماد على النفس إلى حد ما بقليل من التوجيه.

أما الطفل المصاب بالتخلف العقلي الشديد فتكون قدرته على النمو اللغوي محدودة جداً ولا يستطيع التعبير عن احتياجاته ونفسه ولا يمكنه الاستفادة من التدريب على اكتساب المهارات المختلفة وخاصة مهارات المعيشة ما لم يستطع أن يعتمد على نفسه في تصريف شؤون حياته. ولكنه في مرحلة التدريب يمكنه تعلم الكلام واكتساب مهارات الاتصال والعادات الصحية البسيطة شريطة توفير بيئة مفيدة له.

وأخيراً فالطفل المتخلف عقلياً تخلفاً شديداً جداً يحتاج لرعاية صحية مستمرة ويمكن تنمية بعض المهارات الحركية لديه لمساعدة نفسه علماً أنه لا يستجيب للتدريب إلا بحدود ضيقة جداً، ولذلك لا يمكن إكسابه إلا المهارات الحركية البسيطة جداً ورعاية نفسه بشكل محدود جداً لأنه متعدد الإعاقات.

أعراض التخلف العقلي:

هناك العديد من الأعراض التي تظهر لدى المتخلف عقلياً وهي التي تميزه عن الفرد السوي. ولكن يجب ملاحظة أن هذه الأعراض لا توجد كلها عند المتخلف عقلياً. ولكن على الأخصائي أو المعلم الذي تقع عليه مهمة الإشراف أن يكون مهتماً بهذه الأعراض، وقد أوجزها عبدالغفار وبراده (1965) فيما يلي:

1- الأعراض العامة: تتلخص هـذه الأعـراض في تـأخر النمـو العـام والقابليـة للإصابة بالأمراض وقصر متوسط طول العمر، والعجز الجزئي أو الكلي عـن كـسب القوت وعن المحافظة على الحياة، وقرب الرغبات مـن المـستوى الغريـزي، والجمـود ورتابة السلوك وغير ذلك.

2- الأعراض الجسمية: وتتلخص في بطء النمو الجسمي وصغر الحجـم والـوزن عن المعدل العادي بالإضافة إلى نقص حجم المخ ووزنه عن المتوسـط، وتـشوه شـكل الجمجمة والأذنين والعينين والفم والأسنان واللسان، وتشوه الأطراف وبـطء النمـو الحركي بشكل عام، وتأخر المشي والكلام.

3- الأعراض العقلية المعرفية: وتتمثل في بطء معدل النمو العقلي المعرفي ونقـص نسبة الذكاء عن 70٪ وعدم توافق وانسجام القدرات وضـعف في الكـلام والـذاكرة، بالإضافة إلى ضعف الانتباه والإدراك والتركيز والتعميم والتحليل وغير ذلك.

4- الأعراض الاجتماعية: وتشمل صعوبة التوافق الاجتماعي واضطراب التفاعل الاجتماعي ونقص الميول والاهتمامات بالإضافة إلى الميل إلى الانسحاب والعدوان. كما تتمثل أيضاً في نقص تحمل المسؤولية واضطراب مفهوم الذات ومحاولة مشاركة الأفراد الأصغر سناً في النشاط الاجتماعي.

5- الأعـراض الانفعاليـة: يـشير «مينولاسـكينو Mennolascino إلى أهـم هـذه الأعراض ويلخصها في الاضطراب الانفعالي وسوء التوافق الانفعالي والهدوء وسرعة التأثر وبطء الانفعال وقرب مستوى ردود الأفعال من المستوى البدائي ونقص القلـق والإحباط بصورة عامة.

تصنيفات التخلف العقلي:

يعتبر التصنيف من المشكلات الهامة التي تواجه العلوم بصفة عامـة لأن أي علـم من العلوم عند البدء في دراسته لابد أن يصنف بغرض تسهيل الدراسة. وفي مجال علم

النفس حاول الباحثون إيجاد عدة تصنيفات للتخلف العقلي، منها ما اعتمد على نسبة الذكاء ومنها ما اعتمد على الناحيةالأكلينيكية ومنها ما اعتمد على مدى شدة حالة التخلف وعمقها وغير ذلك من التصنيفات. ونورد في هذا المجال أهم التصنيفات وأكثرها شيوعاً واستخداماً في المجال التربوي والمجال الأكلينيكي.

1- التصنيف حسب نسبة الذكاء: يستخدم هذا التصنيف في مجال التربية الخاصة بناءً على الأهداف التي تسعى إليها والتي تهم القائمين على وضع الخطط التعليمية. ويعتمد هذا التصنيف على اختبارات الذكاء المقننة ويشمل الفئات التالية:

أولاً: فئة المورون Morons: هي تلك الفئة التي تتراوح نسبة ذكاء أفرادها ما بين 50 و 70 درجة حسب اختبارات الذكاء ويتراوح عمرهم العقلي ما بين (7-10) سنوات ويطلق على أفرادها لقب المورون أو المأفونين. كما يطلق عليهم تربوياً لقب القابلين للتعليم. وهذا يعني أنهم يستطيعون الحصول على المعلومات والخبرات والاستفادة منها مما يساعد على توافقهم الاجتماعي والمهني إذا ما وضعوا في فصول خاصة أو مع غيرهم من الأسوياء.

ثانياً: فئة البلهاء Imbeciles: وتتراوح نسبة ذكائهم ما بين 25 و 50 درجة وعمرهم العقلي ما بين 3 و 7 سنوات ويطلق عليهم تربوياً اسم القابلين للتدريب. وهذا يعني أن أفراد هذه الفئة من المتخلفين عقلياً يصعب تلقينهم المواد التعليمية ولكن يمكن تدريبهم على بعض الأعمال التي لا تحتاج إلى تفكير. كما يمكن تدريبهم أيضاً على بعض المهارات التي تساعدهم في المحافظة على حياتهم. وعموماً نجد أن أفراد هذه الفئة غير متوافقين اجتماعياً، أما من الناحية الانفعالية فيلاحظ أن انفعالاتهم رتيبة وضحلة ولديهم بعض النقائص الجسمية والفسيولوجية.

ثالثاً: فئة المعتوهين Idiots: وتبلغ نسبتهم حوالي 20٪ من مجموع ضعاف العقول وتقل نسبة ذكائهم عن 25 درجة، أما عمرهم العقلي فلا يتعدى ثلاث سنوات. ويعاني

أفراد هذه الفئة من تأخر في عمليات الكلام والمشي ويمتازون بالقابلية للإستهواء وعدم تقديرهم للمسؤولية لذلك فهم يحتاجون إلى رعاية تامة ودائمة لأنهم لا يستطيعون المحافظة على حياتهم من الأخطار.

رابعاً: المعتوه العاقل Idiot Savant: وهي فئة نادرة من ضعاف العقول. وتمتلك هذه الفئة قدرة تناقض تخلفهم العقلي، حيث أنهم يمتلكون قدرة عقلية أو موهبة خارقة من ناحية ما مثل القدرة الموسيقية، النحت المبتكر، الذاكرة الممتازة أو الرسم الرائع، رغم وجود صفات الضعف العقلي فيهم.

2- التصنيف الأكلينيكي للمتخلفين عقلياً: يتميز المتخلفون عقلياً بحسب هذا التصنيف بخصائص جسمية وتشريحية وفسيولوجية ومرضية بجانب التخلف العقلي. وأهم أنماطهم: الإكلينيكية كما يوردها حامد زهران (1977) ما يلي:

أولاً: المنغولية Mangolism: وتسمى أحيانا باسم البله المنغولي أو العته المنغولي أو مرض داون وهذه حالة ضعف عقلي ولادي. تتميز بخصائص جسيمة واضحة تشبه ملامح الجنس المنغولي ويصاحبها بله أو عته. وتبلغ نسبة هؤلاء حوالي 5-10٪ تقريباً من حالات الضعف العقلي. ومعظمهم من فئة البلهاء ونسبة أقل من فئة المعتوهين ونسبة ضئيلة جداً من المأفونين. وسبب هذه الحالة اضطراب الإفرازات الداخلية عند الأم في بداية الحمل خاصة إذا كانت كبيرة السن، أو شذوذ توزيع الكروموزومات في شكل وجود كروموزوم جنسي زائد من نوع Y نتيجة لاضطراب تكويني في البويضة (المنغولي يكون لديه 47 كروموزوماً والطفل العادي 46 كروموزوناً).

ثانياً: القزامة أو القصاع Cretinism: وهي حالة ضعف عقلي تتميز بقصر القامة بدرجة ملحوظة. وفيها لا يصل طول الفرد إلى 90 سم مهما كان عمره الزمني، وتعرف أحياناً باسم القماءة ولا يزيد مستوى الذكاء في هذه الحالة عن البله أو العته. وسب هذه الحالة انعدام أو قلة إفراز الغدة الدرقية مما يؤدي إلى تلف المخ.

ثالثاً: صغر الجمجمة Micro Cephaly: وهذه حالة ضعف عقلي ولادي تتميز بصغر حجم الرأس. ولا يزيد مستوى الذكاء في هذه الحالة عن العته أو البله. وسبب هذه الحالة إصابة الجنين في الشهور الأولى من الحمل أو حدوث عدوى أثناء فترة الحمل والتحام عظام الجمجمة مبكراً بحيث لا يسمح بنمو حجم المخ نمواً طبيعياً.

رابعاً: كبر الدماغ Macro Cephaly: وهذه حالة ضعف عقلي تتميز بكبر حجم محيط الجمجمة وزيادة حجم الدماغ. ويصاحب زيادة حجم الجمجمة زيادة في حجم المخ خاصة الخلايا الضامة والمادة البيضاء. ويتراوح مستوى الضعف العقلي في هذه الحالة بين البله والعته وهي حالة نادرة الحدوث.

خامساً: استسقاء الدماغ Hydro Cephaly: وهذه حالة ضعف عقلي ترتبط بتضخم الرأس وبروز الجبهة نتيجة لزيادة السائل المخي الشوكي بشكل غير عادي مما يؤدي إلى تلف المخ نتيجة للضغط المستمر. ويتوقف مدى الضعف العقلي على مقدار التلف الذي حدث بأنسجة المخ، ويتروح مستوى الضعف العقلي بين الأفن والعته. والعلاج الوحيد هو التدخل الجراحي.

سادساً: حالات الفينايل كيتونوريا Phenyl Ketonuria: وتعد من حالات الضعف العقلي حيث تنتج عن زيادة الفينايل في الدم بسبب قصور عملية الأيض (عملية التمثيل الغذائي) ونقص الأنزيمات اللازمة لتمثيل الأحماض الأمينية. ويظهر ذلك في البول ويتميز المريض بالبشرة الفاتحة والعيون الزرقاء والقامة المنحنية والمسافة الواسعة بين قواطع الأسنان «هت وجبي» (1976).

3- تصنيف الرابطة الأمريكية للضعف القعلي (D.M.A.A): بناء على التعريف الذي تبنته الرابطة الأمريكية للضعف القعلي والذي وضعه «جروسمان» (1977) Grossman وذكرناه سابقاً وضعت الاتجاهات الحديثة لتقييم التخلف العقلي مركزة في ذلك على بعدين أساسيين هما: الأداء العقلي العام والسلوك التكيفي. ولذلك فإن

وظيفة التقييم هنا هي إيجاد مستوى الأداء لهؤلاء الأفراد مقارنة بالناس عامة، وذلك بغرض تصنيفهم لتقديم الخدمات الخاصة بهم. وقد حدد جروسمان (1983) خمس خطوات عامة يتم بمقتضاها معرفة ما إذا كان الفرد متخلفاً أم لا وهي:

أولاً: التعرف على وجود مشكلة (على سبيل المثال) التأخر في النمو Delay in developmental Milestones.

ثانياً: تحديد ما إذا كانت هنالك نقائص في السلوك التكيفي.

ثالثاً: تحديد وقياس القدرة العقلية العامة.

رابعاً: إصدار قرار يتعلق بوجود تخلف في القدرة العقلية أم لا.

خامساً: إصدار قرار عن مستوى التخلف العقلي حسب ما تشير إليه مقاييس القدرات العقلية.

وبناءاً على نسبة الذكاء (Q.1) يحدد مستوى التخلف العقلي للفرد. ويتضمن الفئات التالية:

1- التخلف العقلي البسيط (55-70).

2- التخلف العقلي المتوسط (55-40).

3- التخلف العقلي الحاد (25-40).

4- التخلف العقلي الحاد جداً (25 وما دون ذلك).

والتصنيف الأول هو التصنيف القائم على نسبة الذكاء وهو يعتبر من أكثر التصنيفات شيوعاً وأكثرها استخداماً في مجال التربية الخاصة. وسنلقي مزيداً من الضوء على الفئة الأولى من هذا التصنيف وهي فئة المورون أو المأفونين لأنهم قابلين للتعليم ويمكنهم الاستفادة من الجهود التي تبذل حولهم.

وقد أثبتت الدراسات أنه لا يمكن رفع نسبة الذكاء (I.Q) مهما طورنا من الأساليب العلاجية الفعالة سواء من الناحية الطبية أو الاجتماعية أو التعليمية للطفل المتخلف عقلياً، ما عدا في حالات قليلة من حالات التخلف العقلي وهي حالات المورون، الذين ثبت أن قسماً كبيراً من قصورهم القعلي ناتج عن نقص في المثيرات البيئية.

و- تشخيص التخلف العقلي Diagnosing Mental Retardation:

تعد عملية تشخيص التخلف العقلي من العمليات البالغة الأهمية، فالحكم على شخص بأنه متخلف عقلياً ينطوي على مجموعة من المفاهيم والمعاني التي تحدد مستقبله إلى حد كبير وتحدد تعامله مع الآخرين ومع البيئة المحيطة به كما تحدد دوره في الحياة ومكانته في البناء الاجتماعي وقدراته وإمكاناته والمستوى التربوي والمهني الذي يمكنه من أن يصل إليه. ولهذا فإن التشخيص يحتاج عدة محكات تتخذ أساساً في تقرير التخلف العقلي ومستواه.

وقد تتعدد تلك المحكات باختلاف التخصصات وتعددها ويعتمد الاتجاه المعاصر في تشخيص التخلف العقلي على مجموعة واسعة من المحكات يشترك في تطبيقها مجموعة من الأخصائيين (أطباء - أخصائيين نفسيين - أخصائيين اجتماعيين - أخصائيين في مجال التأهيل المهني) وذلك ضماناً لسلامة التشخيص وأخذاً بعين الاعتبار لمجموعة عوامل تلعب دورها في نشوء حالات التخلف العقلي كالوراثة والتاريخ التتبعي للمفحوص ومستواه الذهني وحالته الوجدانية والمستوى الاقتصادي / الاجتماعي / الثقافية لأسرته.

وتحاشياً لاختلاط الأمور على المشخص بسبب تشابه بعض أعراض التخلف العقلي مع أعراض بعض الاضطرابات والانحرافات الأخرى، كما في سوء التوافق ونقص الذكاء والتخلف الأخلاقي، فإنه لابد من الدقة في التشخيص، فسوء التوافق

الاجتماعي واضح عند المجرمين والسيكوباتيين، أما نقص الذكاء والتخلف الوجداني فهما من أعراض الذهانيين والعصابيين.

وبالرجوع إلى الخلفية التاريخية لتشخيص التخلف العقلي نجد أنه مع بداية القرن التاسع عشر بدأ تشخيص حالات التخلف العقلي من وجهة النظر الطبية، ولكن بعد عام (1905) وبظهور مقاييس الذكاء على يد «بينيه وفكسلر» فقد تم التركيز على القدرات العقلية وقياسها واستخدمت نسبة الذكاء كدلالة على استخدام المقاييس السيكومترية في تشخيص التخلف العقلي. واستمر استخدام هذه المقاييس حتى أواخر الخمسينات من هذا القرن حين وجهت إليها الانتقادات المتضمنة عدم كفاية مقاييس الذكاء وحدها كدليل على التخلف العقلي، وظهر بعد آخر في التشخيص وهو السلوك التكيفي وظهرت المقاييس الخاصة به.

وفي السبعينات من هذا القرن ظهرت المقاييس التحصيلية التي تهدف لقياس الجوانب الأكاديمية التحصيلية لدى المتخلف عقلياً وتشخيصها كمهارات القراءة والكتابة والمهارات اللغوية. ثم برز الاتجاه التكاملي في تشخيص حالات التخلف العقلي وأصبح من الاتجاهات المقبولة في أوساط التربية الخاصة.

وهناك العديد من نماذج التشخيص يعنى كل منها بجانب من جوانب التخلف العقلي ومنها:

1- التشخيص الطبي Medical diagnosis: يقوم به الأطباء المتخصصون على أساس أن كثيراً من المتخلفين عقلياً يعانون من تشوهات خلقية كما في حالات صغر الجمجمة وحالات كبر الجمجمة واستسقاء الدماغ والحالات المنغولية وتجرى الفحوص الطبية كجزء من برامج رعاية الأم أثناء الحمل ورعاية الطفل بعد الولادة.

فمثلاً فحص حالات «الجلاكوسيميا» وحالات «الفينايل كيتونوريا» أصبحت من الإجراءات الروتينية للأطفال حديثي الولادة في كثير من البلاد. وقد أصبح من الممكن

أيضاً اكتشاف حالات المنغولية قبل ولادتها من خلال فحص السائل الأميوني (محمد الشناوي 1985) ومن بين الوسائل الطبية المستخدمة للكشف عن حالات التخلف العقلي رسم الدماغ الذي يظهر وجود شذوذ بالمخ وتحاليل البول وغيرها. ورغم ضرورة التشخيص الطبي لكونه يلقي الضوء على مظهرين من مظاهر التخلف العقلي، إلا أننا لا نستطيع أن نفهم تشخيص التخلف العقلي على أساس المظاهر الجسمية والتحاليل البيولوجية فقط للأسباب الآتية:

أولاً: لا يوجد ارتباط تام بين المظاهر الجسمية ومستوى الذكاء.

ثانياً: ليس كل المعوقين جسمياً متخلفين عقلياً.

ثالثاً: قد يكون التشخيص الطبي كافياً في حالات التخلف العقلي المتوسط والشديد ولكن لا يمكن الاعتماد عليه في تشخيص التخلف العقلي البسيط.

2- التشخيص النفسي Psychological diagnosis: يتضمن التشخيص النفسي ثلاثة جوانب:

أولها- نسبة الذكاء: قام ألفرد بينيه (1904) بأول محاولة لتشخيص التخلف العقلي باستخدام مقاييس الذكاء وصنف الأولاد على أساس قابليتهم للتعلم أو عدم قابليتهم. واشترك مع سيمون عام 1911 في تشخيص التخلف العقلي على أساس العمر العقلي واستمر هذا القياس إلى أن جاء ترمان وميرل عام 1916 واستخدما نسبة الذكاء وهي تساوي العمر العقلي ÷ العمر الزمني × 100 لتشخيص التخلف العقلي، إلا أن العلماء قد اختلفوا في تحديد نسبة الذكاء التي تفصل بين التخلف العقلي وغيره من المستويات العقلية الأخرى. فمنهم من جعلها أقل من 80٪ مثل ستيرين ومنهم من جعلها أقل من 75٪ مثل كولمان أما تيرمان وميرل فحدداها بأقل من 70٪. ويبدو أن هناك شبه اتفاق بين كثير من الباحثين حول اعتبار من يحصل على نسبة ذكاء أقل من 70٪ في اختبار ذكاء فردي يشخص الذكاء على أنه متخلف عقلياً.

ثانيها - النمو الوجداني: لا يكفي تحديد نسبة الذكاء في تشخيص التخلف العقلي لأن الذكاء الذي نعرفه ونقيسه ليس سلوكاً كاملاً. ولهذا لابد من دراسة الغرائز والميول وأثرها في السلوك فشذوذ الغرائز واضطرابها يؤثر على جميع العمليات النفسية بما فيها الذكاء. وبالنسبة للميول فقد أوضحت كثير من الدراسات التأثير المتبادل بينها وبين الذكاء فهي تحدد النشاط الذهني كماً وكيفاً أما الذكاء فيحدد نوعها ومستواها. لهذا فالعقل يتضمن إلى جانب الذكاء النواحي المزاجية والسلوك. ومن هنا تنبع الأهمية لوضع مقاييس هدفها تحديد نوعية المزاج وحدته ونمط السلوك.

ثالثها- سمات الشخصية: أوضحت كثير من الدراسات التي أوردها فاروق صادق (1976) وجود سمات شخصية معينة لدى المتخلفين عقلياً، فقد بينت دراسة جولز وجود اضطرابات وجدانية وشعور بالقلق واتجاهات شبه فصامية لدى المتخلفين عقلياً عند استجابتهم على اختبار «الرورشاخ» وبينت كذلك شعورهم بالنقص والإكتئاب والقهر.

ويرى تردجولد أن المتخلف عقلياً شاذ منذ طفولته، فهو لا يكون علاقات مستقرة مع أحد بل يتذبذب بين الوداعة والهدوء أو الشغب والعدوانية. أما الجشطالتيون فيشخصون التخلف العقلي حسب المناطق النفسية، حيث يعتقدون بأن المتخلف عقلياً يمتلك مناطق نفسية أقل من الذكي كما أن الحدود بين هذه المناطق أكثر صلابة. وتظهر صلابتها فيما يعانيه المتخلف عقلياً من صعوبة في تجميع الأشكال على أساس ما بينها من علاقات في الشكل أو الصورة أو اللون أو الانتقال من عمل إلى آخر.

إن كانت هذه إيجابيات التشخيص النفسي فإن هناك مجموعة من الملاحظات النقدية له نلخصها فيما يلي:

أولاً: لا توجد حتى الآن سمات شخصية محددة يختص بها المتخلفون عقلياً دون غيرهم وذلك لاشتراكهم مع حالات الاضطرابات العقلية الأخرى في بعض السمات.

مثلاً لا يكفي النمو الوجداني وحده للتشخيص لأن التخلف الوجداني سمة مرضية تصاحب الكثير من الاضطرابات العقلية والنفسية. وفي بعض حالات التخلف العقلي قد يصعب اكتشاف تأخر النمو الوجداني إذ أن هذه الحالات قد تتصف بالهدوء والطاعة والتكيف.

ثانياً: بالنسبة لمعيار نسبة الذكاء فهو لا يسلم من الانتقادات التي تبرز في كون العلاقة بين نسبة الذكاء والتكيف الاجتماعي ضعيفة مما يجعل من الصعب تقسيم نسبة الذكاء إلى فئات على أساس مستوى التكيف. كذلك ليس لنسب الذكاء التي نحصل عليها من نتائج عدة اختبارات معنى واحد. بجانب ذلك نجد أن نسبة الذكاء ليست ثابتة وصادقة 100٪ وذلك لأن ثباتها وصدقها يتوقفان على ثبات الاختبار المستخدم وصدقه في الحصول عليها. وأيضاً تختلف درجات ثبات الاختبار الواحد وصدقه من مجتمع إلى آخر ومن عمر إلى آخر. ونظراً لجميع هذه الاعتبارات فقد أشار (فكسلر) إلى أن تشخيص التخلف العقلي الشديد والمتوسط يمكن أن يتم عن طريق اختبارات الذكاء، أما تشخيص حالات التخلف العقلي الخفيف فالأمر يحتاج إلى محكات أخرى.

3- التشخيص الاجتماعي Social Diagnosis: يرى تردجولد كما لاحظنا أن التشخيص النفسي المعتمد على نسبة الذكاء قاصر في تشخيص حالات التخلف العقلي، ويعتقد أن أصدق وأدق مقياس للتشخيص يقوم على أساس السلوك الاجتماعي ومستوى التصرف في مواقف الحياة وعلى أساس أن المتخلف عقلياً يكون فاشلاً في السلوك الاجتماعي. ومن هنا برز مصطلح السلوك التكيفي أوالتوافقي، ويقصد به مجموعة مكونة من جوانب كثيرة للسلوك تشترك في الجوانب الذهنية والتوافقية والاجتماعية والحركية والتي يكون كل منها جزءاً من عملية التكيف الكلي مع البيئة. وتتوفر في الوقت الحاضر مجموعة من المقاييس المستخدمة في قياس السلوك الاجتماعي. ومن أمثلتها مقياس نشرته الجمعية الأمريكية للضعف العقلي ومقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي والعديد من المقاييس الأخرى ...(**نهيرا وآخرون 1974**).

لقد انتقدت نظرية تردجولد في التشخيص الاجتماعي في عدة جوانب منها رفضها لنتائج الاختبارات النفسية في تشخيص حالات التخلف العقلي، وعدم انتباهها لكون موقف الاختبار هو في حد ذاته موقف اجتماعي. ومن الانتقادات التي وجهت إلى هذه النظرية أنه لا يمكن دوماً اعتبار السلوك الشاذ محكاً دقيقاً للتخلف العقلي.

وحسب المعيار الذي وضعه تردجولد ليشخص الفرد الذي لم يستطع التوافق مع بيئته حتى ولو اتصف بالاجرام وكان سلوكه سوياً على أنه متخلف عقلياً. وعلى هذا الأساس اتصفت نظرية «تردجولد» في التشخيص الاجتماعي للتخلف العقلي بكونها ذاتية وأقل عمومية من نسبة الذكاء لكون التكيف الاجتماعي مسألة نسبية تختلف باختلاف المجتمعات والثقافات. وتفادياً لأوجه القصور في نظرية تردجولد للتشخيص الاجتماعي وضع «جروسمان» شرطين أساسيين للحكم على وجود تخلف عقلي لدى الفرد هما: 1- تخلف في الأداء الذهني 2- تخلف في السلوك التكيفي.

4- التشخيص التربوي Educational diagnosis: يتضمن التشخيص التربوي والذي يقوم به عادة أخصائي في التربية الخاصة تقريراً عن المهارات الأكاديمية للمفحوص وذلك عن طريق استخدام أحد مقاييس المهارات الأكاديمية.

وفي بعض الدول العربية تم تطوير عدد من تلك المقاييس منها: المقاييس المطورة والمقننة بالأردن - كمقياس المهارات اللغوية للمعوقين عقلياً، ومقاييس المهارات العددية للمعوقين عقلياً، ومقياس التهيئة المهنية للمعوقين عقلياً، ومقياس مهارات الكتابة للمعوقين عقلياً وغيرها - كأي اختبار يشخص التخلف العقلي على أساس الفشل في التحصيل المدرسي. فالطفل المتخلف عقلياً لا يستطيع مسايرة النظام التعليمي بنجاح إذا وضع في الفصول العادية. ولكنه قد يستطيع استيعاب مبادئ القراءة والكتابة والحساب بمناهج تعليمية خاصة بمن يسمون قابلين للتعلم. ولكن لا يمكن الاعتماد على الفشل الدراسي كأساس لتشخيص التخلف العقلي لأنه إذا كان

المتخلفون عقلياً يفشلون في التحصيل الدراسي، فليس كل الذين يرسبون في المدارس متخلفين عقلياً.

ولا يعني ذلك رفض التخلف الدراسي في تشخيص التخلف العقلي بل اعتباره سمة من سمات التخلف العقلي تضاف إلى السمات الاجتماعية والنفسية، وخاصة إذا علم أن هذا الجانب من التشخيص يرتبط بما يسمى بالتشخيص المهني وذلك من حيث صلاحية الفرد المتخلف عقلياً وقابليته للاستفادة من بعض فرص التدريب المهني أو الحرفي المناسب لقدراته وإمكانياته، وإذا كان من يقوم بهذا الجانب اختصاصي في التأهيل المهني (الريحاني 1981).

5- التشخيص الفارق Differntial diagnosis: يتضمن هذا النوع من التشخيص محاولة المقارنة بين التخلف العقلي والتأخر الدراسي والمرض العقلي والعاهات الحسية واضطرابات الكلام في تشخيص حالة طفل وإطلاق التخلف العقلي عليه وهذا أمر خطير لأنه يمس جوهر حياته.

6- التشخيص النمائي Developmental diagnosis: يتضمن هذا النوع من التشخيص دراسة تاريخ نموالفرد والتعرف على مظاهر التأخر في بعض جوانب نموه الجسمي والحركي واللغوي بالإضافة إلى المؤشرات التربوية والنفسية والطبية والاجتماعية التي قد تسير إلى وجود تخلف عقلي لدى فرد ما. إنه غالباً ما يستخدم في حالات وجود شذوذ في نمط النمو لدى الفرد كالتأخر في المشي ... الخ. ومن الأمثلة التي قد تشير إلى بعض أشكال القصور في السلوك التكيفي والتي تحتاج إلى تشخيص نمائي ما يلي:

- في مرحلة الرضاعة والطفولة المبكرة تتم ملاحظة بعض المظاهر النمائية كالجلوس والوقوف والمشي والمحافظة على الوضع المعتدل للرأس والحركة المنسقة للعينين.

❖ بين أطفال سن ما قبل المدرسة تتم ملاحظة مهارات الاعتماد على النفس كالمشي والكلام وارتداء الملابس وتناول الطعام.

❖ بالنسبة لأطفال سن المدرسة الابتدائية تتم ملاحظة مهارات الاعتماد على النفس والقدرة على التواصل بالنسبة للحاجات والرغبات العادية وكذلك المهارات الأكاديمية الأساسية المطلوبة في مواقف الحياة اليومية.

❖ فيما يتعلق بالراشدين تتم ملاحظة القدرة على الأداء الوظيفي المستقل في الحياة الاجتماعية، والقدرة على القيام بالأداء الملائم في إطار المهن أو الوظائف. وتعد مظاهر القصور في الجوانب السابقة مؤشراً للمزيد من الدراسة والبحث لتشخيص حالات التخلف العقلي (**فتحي السيد عبدالرحيم 1981**).

7- التشخيص التكاملي Complementary diagnosis: نظراً لجوانب القصور التي يعانيها كل محك من محكات التشخيص لو اعتمد بمفرده كوسيلة لتشخيص حالات التخلف العقلي فإن من الضروري أن يقوم التشخيص على أساس تحديد جميع جوانب التخلف العقلي النفسية والاجتماعية والتربوية والطبية وتجمع هذه الجوانب في التشخيص التكاملي.

ومن الملاحظات الهامة في هذا المجال ما أشار إليه دول من محكات لابد من استخدامها بجانب نسبة الذكاء وتشمل هذه المحكات الاستعداد اللفظي والاستعداد العملي والدوافع والانفعالات والاستعداد للتعلم والكفاءة الاجتماعية والمهارة الحركية. كما نصح دول باستخدام عدة اختبارات لقياس جوانب الشخصية والذكاء.

ويرى «تلفورد Telford 1967» أن التشخيص التكاملي للتخلف العقلي يجب أن يقدم معلومات عن تصنيف الفرد من حيث مستوى أدائه العقلي والأسباب التي يحتمل أن تكون قد أدت إليه وأشكال العلاج والتدريب الممكنة ووضع تصور لما سيكون

عليه الفرد مستقبلاً. ويلخص فاروق صادق (1976) ما ينبغي أن يشتمله التشخيص التكاملي من تقارير فيما يلي:

أولاً: النواحي الطبية التكوينية: وتتضمن الحالة الصحية ووظائف الأعضاء والنمو الجسمي عامة.

ثانياً: الناحية الإجتماعية: وتتضمن العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية المؤثرة على الطفل في بيئته.

ثالثاً: التاريخ التعليمي: ويشمل وصفاً لأدائه التحصيلي ومشاكله السلوكيه إن وجدت.

رابعاً: الناحية النفسية الأكلينيكية: وتتضمن نواحي التشخيص النفسي والأخذ بعدة معايير منها:

- قدرة عقلية وظيفية عامة دون المتوسط.
- قصور في السلوك التكيفي.
- علامات لها دلالة إكلينيكية في تشخيص التخلف العقلي منها القصور في النواحي الحسية الحركية، كالنواحي الحركية والتوافقية والنواحي الإدراكية البصرية والسمعية وتأخر الكلام. وكذلك القصور في السلوك الشخصي الاجتماعي كالقصور في علاقات الفرد داخل الجماعة وقصوره في فهم ومسايرة السلوك الثقافي والقصور في قدرته على تأجيل الرغبات.

لو درسنا التخلف العقلي المذكور أعلاه بدقة فإننا نجد أن هناك بعض المشكلات التي تواجه تشخيص حالات التخلف العقلي ومن أهم هذه المشكلات:

- مصادفة ما يسمى بالحالات المشابهة للتخلف العقلي كالحالات التي تعاني من عيوب النطق أو النقص الواضح في التعبير أو الاضطراب العاطفي إذ أن كل ذلك يحتم

على الأخصائي إجراء التشخيص الفارق حتى لا يقع في خطأ التشخيص. وعليه معرفة أن أي ظاهرة وحدها ليست كافية للشك بأن الطفل متخلف عقلياً.

- قد يخطئ القائم بالتشخيص في التنبوء بأداء المفحوص، وعليه في حالة اكتشاف الخطأ أن يواجه مشكلة تحديد القدرة الأساسية وليس القدرة الظاهرية المستخرجة من الاختبار بالاستعانة بالخبرة وإجراء عدة اختبارات بدلاً من الاعتماد على اختبار واحد فقط.

- المشكلة الأخرى التي قد تواجه القائم بتشخيص التخلف العقلي هي القدرة على تمييز الحالات الناتجة عن تلف في الدماغ من حالات التخلف العقلي غير المصحوب بتلف الدماغ. وأهمية هذا التمييز تتجلى في كون اختلاف خصائص هذه الحالات يترتب عليها اختلاف في طرق العلاج لهذه المشكلات وغيرها. ولذلك فإنه لابد من الاعتماد على اتجاهات معاصرة وعلى طرق أكثر موضوعية في قياس التخلف العقلي وهي الاختبارات.

8- الاتجاهات والطرق المعاصرة في تقييم التخلف العقلي: يشير كل من ستانلي وادوارد (1987) إلى وجود مقاييس واختبارات كثيرة تستخدم حالياً في الكشف عن التخلف العقلي ومن أهم هذه المقاييس وأكثرها انتشاراً ما يلي:

- مقياس استانفورد بينيه للذكاء (**تيرمان وميرل Terman & Merrill 1973**).
- مقياس فكسلر المنقح لذكاء الأطفال أو WISCR Wechsler 1974.
- مقياس كوفمان لتقييم الأطفال Kaufman & Kaufman 1983 K.A.B.C.

ويمكن توصيف هذه المقاييس الثلاثة بإيجاز شديد على النحو التالي:

أولاً- مقياس استانفورد بينيه: ويعطي درجة واحدة للعمر العقلي يمكن تحويلها إلي نسبة ذكاء (I. Q) وهذه الدرجة تعكس مستوى الأداء في المفردات التي تقيس

الذاكرة والإدراك والمعلومات والقدرة اللفظية والتعليل المنطقي. أي أن هذا المقياس يقيس الذكاء على أساس أن الذكاء عامل أساسي عام.

ثانياً – مقياس فكسلر (WISC-R): يقسم إلى مقياس لفظي ومقياس أدائي ويعطي ثلاث درجات لنسبة الذكاء (I. Q) وهي نسبة الذكاء اللفظي ونسبة الذكاء العملي ونسبة الذكاء العام. ويتضمن مقياس الذكاء اللفظي فقرات عن المعلومات والمتشابهات والحساب والمفردات والفهم والأعداد الأسبانية. ويتضمن المقياس العملي تكملة الصور وتنظيم الصور وتصميم المكعبات وتجميع الأشياء والترميز والمتاهات. هذا وإن هذا المقياس مثل مقياس استانفورد بينيه يرى أن الذكاء عامل أساسي عام.

ثالثاً: بطارية كوفمان (K.A.B.C): لقد صممت لقياس نسبة ذكاء الأطفال من الناحية الأكاديمية والمعرفية – وتتكون من مقياسين أساسيين، مقياس للمعالجات العقلية ومقياس للتحصيل. وينقسم مقياس المعالجات العقلية أو التجهيزات العقلية إلى مقاييس متناوبة ومتتابعة. وينتج عن ذلك درجة معيارية تقابل نسبة الذكاء لكل مقياس ومقياس فرعي.

ويشير جروسمان **(1983)** إلى استخدام مقاييس السلوك التكيفي المقننة التي وضعها كوفمان على نطاق واسع حيث أخذت تحتل مكانة مقاييس فاينلاند للنضج الاجتماعي. غير أن مقاييس فاينلاند تم تطويرها وتقنينها على عينات كبيرة أصبحت من بين الأدوات الحديثة المستخدمة في تشخيص الضعف العقلي.

رابعاً: مقياس السلوك التكيفي للرابطة الأمريكية للتخلف العقلي: ومن بين المقاييس الحديثة المستخدمة حالياً مقياس (A.A.M.D) للسلوك التكيفي أو مقياس السلوك التكيفي للرابطة الأمريكية للتخلف العقلي (Nihira, Foster, SHellhass & Leland 1969) وهذا المقياس مقسم إلى مجالين هما مجال السلوك التكيفي ومجال السلوك اللاتكيفي.

وفيه تعطى درجة لكل عشرة مجالات من مجالات السلوك التكيفي ولكل أربعة عشر مجالاً من مجالات السلوك اللاتكيفي. ومن أمثلة السلوك التكيفي، الأكل والنظافة والتعامل بالنقود واستخدام أوقات الترويح. ومن أمثلة السلوك اللاتكيفي، العنف والانسحاب والنشاط المفرط والعادات غير المقبولة. وهناك نسخة مدرسية منفصلة لهذه المقياس.

خامساً: مقياس فاينلاند: أما مقاييس فانيلاند فهي مقاييس مراجعة معدلة من الصورة الأصلية الأولى للمقياس الذي استخدم على نطاق واسع ولعدة سنوات. وهذه المقاييس الجديدة تقيم السلوك التكيفي في أربعة مجالات هي: مجال الاتصال ومهارات الحياة اليومية والتنشئة الاجتماعية ومجال المهارات الحركية. وتوجد ثلاثة أشكال لهذا المقاييس مسحية وتوسعية ونسخة مدرسية. وتتضمن الأشكال المسحية والتوسعية مقياساً للسلوك اللاتكيفي.

سادساً: المقياس الشامل للسلوك التكيفي **Compnehensive test of Adaptive Behaviour** (**آدمز 1984**) وهو مقياس صممه آدمز ليقيس السلوك التكيفي في ستة مجالات هي:

مهارات المساعدة الذاتية ومهارات الحياة المنزلية ومهارات الحياة الاستقلالية والمهارات الاجتماعية والمهارات الحسية الحركية والمهارات اللغوية والأكاديمية.

ويختلف هذا المقياس عن بقية المقاييس فيما يلي:

يقدم إجراءات اختبارية عن كل مفردة يمكن الاستفادة منها إذا لم يتم التأكد من السلوك الملاحظ في المرة السابقة.وتوجد طبعة مختصرة بقائمة السلوك التكيفي المعياري يمكن الاستفادة منها في أغراض الفحص (**آدمز 1984 ب**).

سابعاً: المقاييس المطبقة في البلاد العربية: ومن المقاييس المستخدمة حالياً في بعض البلدان العربية ما يلي:

- من مقاييس الأداء هناك لوحة سيجان. واختبار الذكاء غير اللفظي (الصورة (أ) (إعداد عطية هنا). واختبار «جودنيف» لرسم الرجل: (مالك بدري).

- ومن مقاييس الاستعداد المدرسي: اختبار الاستعداد المدرسي (ترجمة مصطفى فهمي).

- ومن مقاييس الشخصية: مقياس كاليفورنيا للشخصية (ترجمة عطية هنا).

- ومن اختبارات القدرة النفسية اللغوية اختبارات ماك كارمن وكيرك (ترجمة هدى براده وفاروق صادق).

وفي رأينا أن هذه المقاييس غير كافية. ويمكن الاستفادة من المقاييس الحديثة التي سبق ذكرها بعد تعديلها وتقنينها بحيث يمكن استخدامها في البيئة العربية.

ز- الوقاية من الضعف العقلي:

إن الضعف العقلي مشكلة من أهم المشكلات التي يجب العمل للوقاية منها. ويؤكد أهمية الوقاية أن العلاج الفعال للضعف العقلي ليس ممكناً إلا بحدود ضيقة جداً وتتلخص أهم الإجراءات الوقائية في نشر المعرفة ورفع وعي المواطنين بخصوص الضعف العقلي، وتوجيه وإرشاد المواطنين، والفحص الدوري للأم الحامل، ووقاية الأم أثناء الحمل، وبذل الجهود لمنع الولادة غير الناضجة، ووقاية الأطفال أثناء الولادة، ووقاية الطفل في طفولته المبكرة من الأمراض، والتعرف المبكر على الاضطرابات الوراثية وتحليل البول والدم للأم والوليد، وتحذير الأم الحامل من شرب المواد الكحولية والتدخين والحد من إنجاب الأطفال ضعاف العقول، والتعرف المبكر على حالات الضعف العقلي، وغير ذلك من تدابير وقائية.

حـ- علاج الضعف العقلي:

رغم أن معظم أسباب الضعف العقلي ما زالت مجهولة بالنسبة لنا إلا أن للوقاية والعلاج أثرهما الفعال في التخفيف من وطأة الحالات. فمن الملاحظ أن فئة المأفونين هم الذين يفيدون بدرجة أكبر من الوسائل العلاجية ويليهم في الاستفادة البلهاء.

أما المعتوهون فهم أقل الفئات استفادة. والمعروف أن حالات الضعف العقلي التي ترجع إلى وجود عطب في الجهاز المركزي لا يمكن علاجها لأن خلايا المخ إذا ماتت فلا يمكن أحياؤها من جديد إلا أنه من الممكن أن تتدخل في ذلك عن طريق حماية الجهاز العصبي من الحالات التي تؤثر مضاعفاتها مثل حالات نقص الأوكسجين في الدم أو الميلاد المبكر ومرض الزهري. أما العلاج المنظم الذي استخدم في الماضي لصغر حجم الجمجمة والذي كان يقوم على افتراض أن الضعف العقلي ناتج عن صغر حجم الجمجمة التي تسبب في إعاقة نمو المخ إلى الحجم الطبيعي فقد ثبت أنه غير نافع لأنه قد أجريت فعلاً عدة عمليات جراحية ولكنها لم تأت بأي ثمرة.

إضافة لذلك لقد كانت هناك محاولات أخرى للعلاج كان فيها حجم الجمجمة كبير ووجدت هناك سوائل تحيط بالمخ وقد أجريت عمليات جراحية للتخلص من هذه السوائل لكي يسمح للمخ بالنمو الطبيعي كما يسمح بنمو الذكاء ولكن هذه العمليات لم تكن مفيدة ولم تسفر هذه المحاولات عن نجاح وما زالت الجهود الطبية تحاول الوصول إلى علاج ناجح.

ولقد كانت هناك محاولات أخرى لعلاج أنواع متعددة من الضعف العقلي عن طريق حقن المريض بإفرازات الغدد. فقد اكتشف كولنز منذ عام 1922 استخلاص مادة الأنسولين من بنكرياس الحيوان واستخدمه في علاج مرض السكر.

كما استخدمت خلاصة الغدة النخامية لعلاج بعض حالات الضعف العقلي

واستخدمت خلاصة إفراز الغدة الدرقية (الثيروكسين) في علاج القزامة (القصاع) الذي يستمر مدى الحياة. وهناك محاولات لعلاج بعض حالات الضعف العقلي عن طريق نوع معين من الغذاء للمريض وكان النجاح بسيطاً في معظم هذه الحالات. ومع ذلك فإنه في جميع الحالات يلزم أن يكون العلاج مبكراً، ويرجع السبب في ذلك إلى أن المخ ينمو ويكتمل نموه في فترة قصيرة من عمر الفرد. (فراج 1981).





الفصل السادس

المتخلفون عقلياً حسب نسبة الذكاء وتعليمهم وتأهيلهم

الفصل السادس

المتخلفون عقليًا حسب نسبة الذكاء وتعليمهم وتأهيلهم

نظراً لأن هذه الفئة من المتخلفين عقلياً تحدد المتخلفين حسب نسبة ذكائهم وتبين لنا إمكانية تعليم أو تدريب أو رعاية كل منهم، ونظراً لتوفر المجال لخدمة هؤلاء فقد رأينا تخصيص هذا الفصل لدراسة النماذج الثلاثة للتخلف العقلي حسب نسبة الذكاء وبشيء من التوسع والتفصيل مع توضيح كيفية تعليمهم وتأهيلهم مهنياً.

أولاً: الأطفال المأفونون (المورون)

1-من هم أطفال (المورون) ؟؟

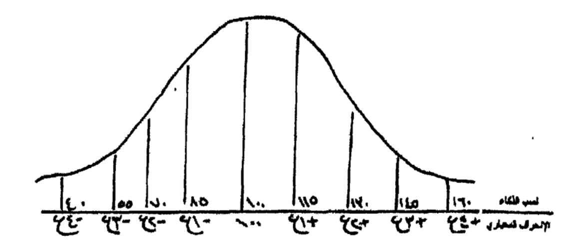
هم فئة من فئات الضعف العقلي يطلق عليهم اسم المأفونين وتبلغ نسبتهم حوالي 75٪ من المتخلفين عقلياً ويتراوح عمرهم العقلي ما بين 7-10 سنوات ونسبة ذكائهم بين 50-70 درجة وأحياناً 75 ويحتل هؤلاء الأطفال المرتبة الثالثة بدرجة أعلى من البله. ولذلك يكون المورون أعلى ذكاء من الفئات الأخرى وهذا ما يجعلهم قادرين على ارتداء ملابسهم بكفاءة معقولة ولا يعانون من مشاكل كبيرة من التحكم في العمليات البيولوجية. كما أنهم يحافظون بدرجة ما على نظافة أنفسهم وملابسهم ويستطيعون تناول الطعام بمفردهم.

أما فيما يخص الوظائف اللغوية فعلى الرغم أنها تكون على مستوى متدن لديهم إلا أنها كافية بدرجة معقولة. فطفل المورون يستطيع القراءة والكتابة إلى مستوى طفل

المرحلة الابتدائية. ويمكنه أيضاً الاستفادة من البرامج التي تتبعها الفصول الخاصة في التعليم. وعموماً يستطيع المورون أن يحقق مستوى الفصل الرابع أو الخامس في القراءة، ويمكنه أيضاً أن ينجز عدداً معقولاً من المهام اليدوية، وبالمساعدة اللازمة يمكنه أن يشغل وظيفة بسيطة. وإذا توفر الإرشاد والتدريب والمساعدة والنصح يستطيع طفل المورون أن يعتمد على نفسه، ولكنه يحتاج إلى مساعدة طوال حياته.

أما من حيث التوافق الاجتماعي فنجد أن أطفال المورون متوافقون اجتماعياً ولكن بدرجة نسبية. فكثير من الأفراد من هذا المستوى من الذكاء يتزوجون ويكونون أسراً ولكن يكون ذلك على أفضل المستويات إذا ما توفرت لهم المساعدة والدعم والتشجيع المتفهم تماماً للحالة المعنية.

والجدير بالذكر أن أطفال المورون لا يحتاجون إلى رعاية وعناية في مؤسسات تعنى في المقام الأول بالمتخلفين عقلياً من الفئات الدنيا أو تحافظ عليهم في مكان منعزل بل يجب وضعهم في مراكز ومؤسسات الرعاية التي توفر لهم التعليم والتأهيل اللازمين. وفيما يتعلق بموقع أطفال المورون بالنسبة للتوزيع الاعتدالي لدرجات اختبارات الذكاء فيمكن بيان ذلك بالمنحنى الاعتدالي التالي:



2- تصنيف أطفال المورون:

إن مشكلة التصنيف كما ذكرنا سابقاً من أكبر المشكلات التي تواجه العلوم بصفة عامة والعلوم الإنسانية بصفة خاصة. وفي محور الحديث عن تصنيف أطفال المورون نجد أن المشكلة أكبر وأكثر تعقيداً وذلك لأنه لا توجد دراسات كثيرة بصدد تصنيفهم. ومن أهم المحاولات التي قامت لتصنيف أطفال المورون محاولة «بيندا» حيث صنفهم إلى خمس مجموعات رئيسية هي كما أوردها هيبير (1961) وصادق (1976) كما هو موضح أدناه:

المجموعة الأولى – الأطفال العاديون المصابون بخلل عاطفي: هذه المجموعة من الأطفال تحرر درجات بسيطة في اختبارات الذكاء لأسباب خارج مجال الذكاء ونتيجة لإحرازهم هذه الدرجة البسيطة عادة ما يدرجون تحت المتخلفين من فئة المورون.

المجموعة الثانية – الأطفال المرضى عقلياً ودرجة ذكائهم منخفضة: وهؤلاء الأطفال لا يمكنهم التوافق مع اختبارات الذكاء بطريقة ناجحة وبالتالي يحرزون نتائج منخفضة في اختبارات الذكاء بالرغم من إمكاناتهم العقلية الكافية، وربما كان عدم قدرتهم على التوافق ناتجاً عن اختلال عاطفي مثل الانفصام في مرحلة الطفولة.

المجموعة الثالثة– أطفال طبيعيون من الناحية البيولوجية بمعدل ذكاء منخفض: وهؤلاء الأطفال لا يظهر عليهم أي أثر واضح من الناحية البيولوجية ولكنهم يمتلكون ذكاءاً منخفضاً، ويشكلون عادة نسبة عادية من مجتمعاتنا.

المجموعة الرابعة– أطفال الألجون سفالي Oligeon Cephaleiy: إن الأطفال في هذا التصنيف يعتبرون حالات مرضية نسبة لعدم الكفاءة الجسمية.

المجموعة الخامسة- الأطفال الذين يعانون من إصابة في المخ: يعتبر «بيندا» هؤلاء الأطفال حالات مرضية أكثر من كونها حالة تخلف عقلي حيث أن الإصابة في المخ عندهم ترجع إما للولادة العسرة أو للأمراض المعدية أو لاختلال عملية الأيض بالنسبة لهم ولذلك فهو يعتبرهم حالات مرضية.

3- أهم سمات أطفال المورون:

- لأطفال المورون ست سمات بارزة ومشتركة تقريباً هي:

أولاً: السمات الجسمية الحركية والحسية: وتشمل السمات الجسمية الطول والوزن والتوافق الحركي العام والنوعي والحالة الصحية العامة والبنيان الجسمي للفرد مثل نقائص في أصابع اليدين. ويلاحظ أن بعض هذه السمات تعتمد على سمات وراثية مثل الطول والقصر ...الخ. والبعض الآخر كالتوافق الحركي يعتمد بصورة أساسية على مورثات الجهاز العصبي بالإضافة إلى إمكانية تأثرها بالإصابات العضوية التي يتعرض لها المخ. هذا بالإضافة إلى أنه يتميز بجحوظ العينين.

وتدل بعض الأبحاث أن أطفال المورون يقاربون الأسوياء في معدل النمو الجسمي. كما أن بعض هذه الأبحاث تدل على أنهم يقعون تحت مستوى الأسوياء بقليل من الحجم. أما بالنسبة للنواحي الحركية فقد وجد أن هناك فرقاً يتراوح بين عامين إلى أربعة أعوام مقارنة بالأسوياء. كما أن هذا الفرق يزداد مع العمر باختلاف مداه ودلالته. إلا أنه أقل من الفرق بين السوي والمتخلف في كثير من النواحي الأخرى كالنواحي الاجتماعية أو الانفعالية.

أما من حيث الناحية الحسية التي يقصد بها سلامة الحواس فقد كانت الأبحاث التي أجريت في ميدان البصر أقل من التي أجريت في ميدان السمع. وفي هذا الصدد وجد أن:

– إصابات القرنية توجد لدى المتخلفين عقلياً أكثر مما توجد لدى الأسوياء وكذلك قصر البصر.

– نسبة حالات الحول تكثر بين المتخلفين عقلياً وخاصة أطفال المورون.

– أطفال المورون لديهم قصور في أداء وظائف اللمس والإحساس وبالتالي أقل حساسية للمؤثرات الحسية المختلفة. كما أنهم أقل إحساساً بالألم وإن العتبة الفارقة للألم لديهم أكبر مما هي لدى الأسوياء.

– بعض الملاحظات الإكلينيكية تؤيد الاعتقاد القائل بقصور حاسة التذوق والشم. ولكن الدليل التجريبي يصعب التوصل إليه بسهولة.

مما سبق نستنتج أن التخلف العقلي في كثير من حالاته يعمل عمله ويمارس تأثيره على الفرد. مثلاً إن الحرمان الحسي يؤثر على أداء الفرد لوظائفه فيؤدي إلى قصور في دقة الاستجابة أو مرونتها وبالتالي يؤدي إلى تأخر أو تقييد للتعلم. فمن الثابت أن الاستثارة الحسية السمعية أو البصرية لها أهميتها مع المتخلفين عقلياً وذلك عند رعايتهم كما أنها تعد وسيلة للتفريق والتمييز بين فئات المتخلفين.

ويؤكد كثير من الباحثين أهمية التعلم عن طريق الممارسة بالحواس. فلعلاج التخلف العقلي يجب علاج انتقال الإحساس خلال الجهاز العصبي للمثيرات البيئية. فإثارة الموصلات العصبية بصورة متكررة تتكون الارتباطات اللازمة للمثيرات المختلفة الخارجية وبذلك يشفى المتخلف.

ثانياً- السمات العقلية: من المعروف أن الطفل السوي ينمو بمقدار سنة عقلية خلال كل سنة زمنية. أما الطفل المتخلف عقلياً فينمو حوالي تسعة أشهر أو أقل كل سنة زمنية. فلو فرضنا أن النمو يسير بانتظام في فترة الطفولة فإننا يمكن أن نفترض أن المورون عند دخوله المدرسة الابتدائية 6 سنوات يكون عمره العقلي ما بين (3-5) سنة عقلية وعند اكتمال النمو العقلي في عمر (16 أو 18) سنة يتراوح العمر العقلي للمورون ما بين (8 - 12) سنة.

معنى ذلك أن أطفال المورون لا يصلون في المدرسة الإبتدائية إلى أكثر من الصف الخامس أو السادس، أي أنهم لا يصلون إلى مستوى المدرسة الإعدادية مهما كان تأهيلهم. إضافة لذلك إن أطفال المورون بشكل عام يعانون من قصور في عمليات الإدراك مثل عملية التمييز والتعرف وتكون استجاباتهم قاصرة عن الأسوياء خاصة في حالة تعدد المؤثرات حيث يعانون من قصور فيما يسمى تأثير ما بعد إدراك الأشكال البصرية، ومن إدراك الأشكال المنعكسة وكذلك من احتمال زيادة اعتمادهم على العلامات البصرية وضعف استرشادهم بالعلامات القريبة.

- يعانون من ضعف في التذكر. فقد وجد هيبر ومساعده هيبر (1961) أن هناك توتراً في عملية التذكر لدى أطفال المورون فهم يجدون صعوبة في التذكر المباشر. كما أن صعوبة المادة وطولها تؤثر على نتائج التعلم بصورة واضحة. كما وجد أن للتعزيز أثره في نتائج التعلم لديهم.

- يجد أطفال المورون صعوبة في تكوين المفاهيم اللفظية المجردة ويظهر ذلك في تعريف المفردات حيث وجد أنهم يميلون إلى تعريفها مادياً ويعانون صعوبة في التعميم فهم لا يستطيعون معرفة وجه الشبه والاختلاف بين الحوادث والأشياء.

ثالثاً- السمات الأكاديمية: ومن أهمها ما يلي:

- لا يستطيع طفل المورون البدء في القراءة والكتابة والحساب حتى يصل عمره ثمان سنوات لأن ذلك يتوقف على عمره العقلي ولذلك نجده يعاني من التأخر الأكاديمي حيث أنه لن يتعدى المرحلة الابتدائية بأي حال من الأحوال كما سبق ذكره.

- يلاحظ على أطفال المورون أنهم يقرأون بمستوى يقل عاماً أو عامين عن مستوى عمرهم العقلي. كما أنهم يصلون إلى مستوى مقارب إلى مستواهم العقلي في العمليات الحسابية.

- تعتبر المهارات غير الأكاديمية مثل التربية الفنية والأشغال اليدوية والموسيقى والرياضة وبقية المهارات الحركية ذات أهمية بالنسبة لتعليم أطفال المورون لأن مستواهم فيها يقارب مستوى الأسوياء وقد وجدت علاقة إيجابية بين التربية الفنية والموسيقية والنمو العقلي لديهم.

رابعاً- السمات التعليمية أو سمات أطفال المورون في مواقف التعليم المختلفة:
تناولت بحوث التعلم المختلفة أثر الحوافز والتعزيز وكذلك أثر الانتباه ودوره في التعلم بالإضافة إلى نوع المواقف التي يستجيب لها الطفل المتخلف، ومن ثم تطبيق هذه الملاحظات على مواقف التعلم في الحياة. وسنتناول هنا وبإيجاز شديد بعض بحوث التعلم حسب أنواع مثل التعلم الشرطي، والتعلم بالحفظ والتكرار والتعلم بالتمييز.

- **التعلم الشرطي:** توصل بعض العلماء الروس ومنهم كروستو جرسكي عام (1913) إلى أن تكوين الإستجابة الشرطية وكذلك انعدامها يكون أصعب عند أطفال المورون منه في حالة الأطفال الأسوياء. ولكن فينا ومرادوفا عام (1950) توصل إلى نتائج عكس ذلك، حيث وجد أن أطفال المورون تتكون لديهم الاستجابة الشرطية أسرع من الأطفال الأسوياء.

- التعلم بالحفظ والتكرار: في هذه الطريقة تستخدم مثيرات بصرية أو لفظية. وقد برهنت هذه الطريقة أن أطفال المورون يختلفون في التذكر المباشر عن الأسوياء ويكون معدل تعلمهم أقل ولكنهم لا يختلفون عن الأسوياء في التذكر طويل الأمد.

- التعلم بالتمييز: استنتج الباحثون في مجال التعلم أن التسمية اللفظية للمثيرات الداخلة في الموقف التعليمي تسهل عملية التعلم. وقد وجد الباحثون أن إعطاء عملية تمييز سهلة قبل عملية تمييز صعبة يسهل التمييز الأصعب (فاروق صادق 1976).

خامساً- السمات الثانوية أو السمات النفسية الانفعالية: يلاحظ على هؤلاء الأطفال السمات التالية:

- يظهرون منسحبين عن مواقف الجماعة ومشاركتها أعمالها ونشاطها.
- يتصفون بالعدوان والمشاكسة.
- يظهر عليهم التردد عند البدء في عمل جديد.
- يقومون بأداء حركة أو فعل بصورة تكرارية بالرغم من عدم تناسبها للموقف.
- يغلب عليهم أما البلادة أو عدم الاكتراث في الأفعال.
- يغلب عليهم الشعور بالدونية أو تحقير النفس.
- تظهر بينهم الانحرافات السلوكية بصورة أكثر من الأسوياء.

إلا أن هذه الملاحظات على السمات النفسية الانفعالية تنبع جميعها من تفسير واحد وهو أن هذه السمات هي ناتج التفاعل السابق للأطفال مع البيئة والناس من حولهم. ويبدو أن هذه العادات السلوكية مكتسبة كوسائل دفاعية للدفاع عن الذات. والتي يفتقرون إلى إدراكها بطريقة صحيحة. كما أن هؤلاء الأطفال لا يستطيعون فهم

ما يردده معلم الفصل في المدارس العادية لذلك لا يستطيعون مسايرة النظام التعليمي بنجاح.

سادساً- السمات الاجتماعية والمهنية: كثير من أطفال المورون يأتون من بيئات فقيرة أو منخفضة في مستواها الاجتماعي والاقتصادي حيث تتضافر ظروف سلبية كثيرة لتحرم الطفل من خبرات اجتماعية عديدة أثناء فترات نموه المختلفة، وهي الخبرات التي تعتبر لازمة لتكوينه الاجتماعي.

وبصورة عامة يمكن القول أن معظم المتخلفين عقلياً من فئة المورون يمكنهم النجاح نسبياً في تكيفهم الاجتماعي، وذلك عندما يتم تدريبهم وتوجيههم تحت إشراف المؤسسات الخاصة. وقد أوضحت الدراسات أهمية التدريب المهني لأطفال المورون لزيادة مستوى تكيفهم المهني.

4- بعض حالات المورون:

في الدراسة الميدانية التي قمنا بها في هذا الصدد التقينا بعدة حالات تتبع لهذه الفئة وهي أطفال المورون وفميا يلي عرض لحالتين منها:

الحالة الأولى: كانت هذه الحالة لطفلة في الثامنة من عمرها. تبدو عليها مظاهر التخلف العقلي منذ الوهلة الأولى، ولديها نقائص جسمية واضحة في أصابع اليدين بجانب اضطرابات فسيولوجية. كما أن الوجه مستدير والعيون جاحظة إلا أنها تستطيع أن تفهم ما يوجه إليها من كلام. وعليه يمكن تصنيفها ضمن فئة المورون.

وكانت هذه الطفلة تعيش في أسرة طبيعية التكوين من حيث وجود الأب والأم وستة أخوة وأخوات يعيشون تحت سقف واحد، ويقع ترتيبها الخامس لأخواتها. أدخلت هذه الطفلة المدرسة وهي في السادسة من عمرها واتضح لمعلمة الفصل أنها

بطيئة التعلم ولا تستطيع مسايرة النظام التعليمي وتأكد للمعلمة بها لا يدع أي مجال للشك أن وجود هذه الطفلة في الفصل إنما هو نوع من العبث لأنها لا تستفيد شيئاً. وبنهاية العام الدراسي لم تكن الطفلة قادرة على كتابة اسمها، ولم تفهم إلا القليل من المفاهيم الحسابية البسيطة.

وعند إخضاعها لاختبار الاستعداد للقراءة اتضح أنها بعيدة كل البعد عن مجرد البدء في تجربة القراءة. وبإخضاعها لاختبارات أخرى اتضح أنها ضعيفة جداً في قدرتها البصرية والحركية، كما اتضح بأنها غير ناضجة وما زالت متمسكة بنمط سلوكي طفولي وتخاف الذهاب إلى المدرسة.

لقد تمت مناقشة وضعها في اجتماع ضم مدير المدرسة ومعلمة الفصل ووالد الطفلة وكانت النتيجة كارثة حقيقية، فقد أحس الأب بإهانة بالغة بمجرد طرح فكرة أن ابنته متخلفة عقلياً وانفعل في إدارة المدرسة نافياً تخلف ابنته وحاول إيجاد مبررات متناقضة لتفسير عجز ابنته عن مسايرة زملائها في مجال التحصيل الدراسي وحاول أن يرمي باللوم على والدتها لأنها كانت تدللها أكثر من اللازم وكانت تحول بينها وبين والدها عندما يرغب في ضربها بسبب عدم إنجازها المهمات المطلوبة منها في المدرسة أو لعبها خارج المنزل.

أما والدة الطفلة فلم تكن توفر لابنتها الاهتمام الذي يناسب وضعها الخاص على الرغم من أنها كانت مدركة لقصور ابنتها. ونجد أن الأم تعامل ابنتها بدلال زائد عن الحد مقارنة مع بقية أخوتها، وهذا ما ساعد في تعقد حالة هذه الطفلة البائسة.

لقد حاول مدير المدرسة إقناع الأب بفكرة تحويل ابنته إلى مركز رعاية خاصة حيث العناية والاهتمام المبني على أسس صحيحة وتوجيه سليم ولكن رفض الأب ذلك رفضاً باتاً وقال: إن ذلك سيجلب له وللأسرة بأكلمها العار. وعندما تمت

مواجهته بأن ابنته لا تستطيع حقيقة التكيف والاستفادة من البرامج المدرسية رفض الأمر برمته وأصر أن يوفر لها تدريساً خاصاً بمعرفته في العطلة الصيفية حتى يمكنها من اللحاق بزملائها.

هذه الحالة تعكس لنا أن عدم الوعي الكافي من ناحية الوالدين قد تسبب في حرمان هذه الطفلة البائسة من فرص الاستفادة من الفصول الخاصة حيث الرعاية والعناية التي تؤهلها للاستفادة من إمكانياتها البسيطة، واتضح أن لردود الفعل العاطفية المختلفة من قبل الأسرة أثراً واضحاً في عدم توافق الابنة، فقد أصبحت غير متوافقة في مدرستها والمنزل. نستخلص من دراسة هذه الحالة أن التربية الخاصة وما تتضمنه من تعليم وتدريب وبرامج إرشادية ضرورية قد تسهم إلى حد كبير في علاج هذه المشكلة وغيرها.

الحالة الثانية: هذه الحالة لصبي في العاشرة من عمره يدرس بالصف الثاني من التعليم الابتدائي يعيش ضمن أسرة غير طبيعية التكوين. فأبواه منفصلان قبل ميلاده وهو يعيش مع أمه وشقيقه عند جدته أم والدتهم حيث أن الأم لم تتزوج بعد أن تم طلاقها، أما الوالد فقد تزوج وكون أسرة جديدة وله طفلان وطفلة من زوجته الثانية. ويقع ترتيب الطفل الأخير بالنسبه لشقيقية ونجد أن الأبوين قريبان من الدرجة الأولى.

ويلاحظ على هذا الطفل أنه غير قادر على متابعة الدراسة في فصول المدرسة العادية إذ أنه امتحن للمرة الثانية ولم ينقل إلى الصف الثاني إلا مجاملة لوالدته التي لها معرفة بمعلمة الفصل، فبعد أن رسب في السنة الأولى وأعادها ورسب للمرة الثانية تم رفعه إلى الصف الثاني مجاملة ولكن رغم ذلك نجد أنه قابل للتعليم ولكن ببطء، ومن الناحية الاجتماعية نجده على درجة معقولة نسبياً من التوافق الاجتماعي في شكل بسيط

ويستطيع أن يحافظ على حياته إذ أنه لا يعبر الطريق إلا بعد تأكده من خلوه من السيارات مما يجعلنا نصنفه ضمن فئة (المورون).

ومن خلال الحديث مع الطفل وصف أمه بأنها عصبية وهي تثور لأبسط الأشياء، إلا أنها تسرف في تدليله بسبب تخلفه. ولقد ذكر الطفل بأنه يحب أخوته لأنهم دائماً يلعبون معه ويقدمون له الحلوى وذكر بأنه مرغوب لديهم.

أما بالنسبة لظروف الحمل والولادة فقد كانت طبيعية ولم تتعرض الأم لأية أمراض جسمية أو عمليات جراحية، ولم تتعاط أي عقاقير طبية أو أدوية، إلا أنها مرت بأزمة نفسية عصبية وهي طلاقها من زوجها مع أن هذه الأزمة النفسية لم يكن لها كبير الأثر على الجنين لأن الحمل كان في فترته الأخيرة، وقد كانت فترة الحمل تامة والولادة طبيعية وعادية.

فيما يخص وزن الطفل فإنه كان غير عادي مما يدل على أن هناك تأخراً في النمو العام. كما أن هناك بعض التشوهات الجسمية مثل كبر الجمجمة علماً أن الطفل في صغره لم يتعرض لأي حوادث غير عادية أو أمراض خطيرة أو مفاجئة حيث قالت الأم: (إن طفلي كان كشقيقيه الأكبر منه فهو لم يتعرض لأي أمراض سوى التي تعرض لها أخوته ولم يحدث له أي شيء مزعج، ولكن الشيئ الوحيد الذي كنت ألاحظه عليه هو أن نموه العام لم يكن كأخوته السابقين.وبذلك يمكننا أن نستبعد العوامل البيئية بأن تكون هي السبب في حدوث هذا التخلف ونعزوه لعوامل وراثية.

وفيما يخص المستوى التعليمي لهذا الطفل فقد اجمعت معلمات المدرسة أن الطفل يعاني من صعوبات في التعليم ولا يستطيع مسايرة زملائه في التحصيل الدراسي كما أنه لا يشارك داخل الفصل وكثيراً ما يلتزم الهدوء أثناء التدريس هذا بالإضافة إلى أنه لا يثير أي مشاكل وهو يلاقي معاملة عادية من المدرسات مع زيادة الاهتمام من

معلمة الفصل.

ويتضح لنا من دراسة هذه الحالة أن هذا الطفل يصنف ضمن فئة المورون وأنه لا يستطيع مسايرة النظام التعليمي، وعليه ينبغي إعادة تأهيله وتربيته بأساليب تربوية خاصة تمكن من استثمار ذكائه المحدود. ولابد من تصحيح أي سلوك خاطئ أو مضطرب أو مضاد للمجتمع مع تعليمه أساليب التوافق النفسي والاجتماعي واعداده مهنياً ومساعدته على القيام بأي عمل مفيد يحقق له التوافق الاقتصادي في مستقبله. بجانب تعليمه المبادئ الأساسية للمعرفة. بطريقة تضمن له تعلمهاواستيعابها وهذا ما توفره دار الرعاية الاجتماعية. وبلا شك أن ذلك كله يمكن أن يتم في مجال التربية الخاصة والفصول الخاصة بأطفال المورون.

5- مؤسسات ونماذج تعليم وتأهيل أطفال المورون:

في محور حديثنا عن رعاية وتأهيل أطفال المورون يجب علينا وقبل كل شيء أن نتساءل من هم الأشخاص الذين تقع عليهم مهمة التأهيل والتعليم؟ وفي إجابتنا على هذا السؤال نجد أن هناك قائمة تشمل كلاً من الإداري في المدرسة والمدرس في الفصول العادية والمدرس في الفصول الخاصة والأشخاص ذوي المهن التي لها علاقة برعاية المتخلفين عقلياً والمختص النفسي والمختص بشؤون الرعاية الاجتماعية، كما تشمل أيضاً المختص في الناحية الطبية وفوق هذا وذاك تشمل الأبوين. وفيما يتعلق بنماذج تعليم المورون فإن هناك خلافاً حاداً عليها حيث تتخذ عدة نماذج منها:

أولاً: نموذج المدرسة الداخلية: هي المدرسة التي تقبل الطفل الذي لا توفر له الأسرة أدنى مستوى من التكيف ويعاني من مشكلات تستدعي ضرورة إبعاده عن المنزل علماً أن هذا العزل له ضرر عليه حتماً وإن كان يساعده على التكيف. ومع ذلك فإن هذا النموذج مفيد في حالة قلة الأخصائيين. وبعد أماكن سكن الأطفال المتخلفين.

ومن المستحسن استخدام هذا النموذج بعد تقوية العلاقة بين المدرسة الداخلية والمجتمع والأسرة وتوفير الأخصائيين الضروريين.

ثانياً: نموذج مدرسة التربية الخاصة: وهي تشبه المدرسة الداخلية ولكن زوارها واختصاصيوها قلة قليلة. وفيها يقضي الطفل أسبوعين ثم يعود إلى الأسرة لقضاء العطلة وبعدها يعود إلى مدرسة التربية. هذه المدرسة تحقق للأطفال كثيراً من التكيف ولكن بما أنها تخلط عدة إعاقات معاً فإنها تولد لدى بعض الأطفال المتخلفين عقلياً شيئاً من الإحباط وعدم الرضى.

ثالثاً: نموذج الفصول الخاصة: هذا النموذج هو الأكثر انتشاراً والأقل كلفة فالأطفال المتخلفون يتعلمون في فصول خاصة ملحقة بالمدارس الابتدائية بهدف تأهيلهم للدمج مع زملائهم الأسوياء لأنهم عادة من فئة التخلف العقلي البسيط.

كما أن الهدف الرئيسي من وراء إنشاء فصول خاصة لتعليم أطفال المورون هو توفير تعليم متخصص بواسطة مدرسين مدربين تدريباً خاصاً ومميزاً. ويضم الفصل الخاص عدداً قليلاً جداً من التلاميذ مقارنة بالفصول العادية النظامية ويذكر بعض العلماء أنه ربما انطوى على انضمام هذه الفئة من الأطفال بعض الجوانب المحددة من تعاملهم الاجتماعي.

أما عن المستوى الاجتماعي فإن التمييز بين أطفال المورون والمتخلفين بصفة عامة يعتبر لعنة أو سبة في رأي بعض العلماء إذ يقولون بأن ذلك يحرم الأبوين من حقهما في الاشتراك في اتخاذ القرار المتعلق بوضع أطفالهما التعليمي «لقد حدث في أمريكا بعض الحالات القضائية بسبب تصنيف مجموعة من الأطفال ضمن المتخلفين عقلياً من فئة المورون وضمهم إلى مؤسسات رعاية اجتماعية بواسطة اختبارات الذكاء القياسية والمنحازة أساساً إلى أبناء الطبقة الوسطى من البيض» (هت وجيبي 1976).

بالإضافة إلى كل ما ورد ذكره فإننا نجد أن بعض المختصين في التعليم الخاص يفضلون ضم الأطفال في هذه الفئة إلى الفصول الخاصة حيث يتوفر لهم الاهتمام والرعاية المناسبة لوضعهم الخاص حيث تحتوي الفصول الخاصة على مدرسين مدربين ومعدين إعداداً خاصاً.

6- الأهداف العامة لتعليم أطفال المورون:

لتعليم أطفال المورون عدة أهداف منها:

أولاً: الاعتماد على النفس حاضراً ومستقبلا: يعد هذا الهدف من أهم أهداف التربية الخاصة لأطفال المورون حيث أنهم قابلون للتعليم بحدود معقولة وأن مثل هذا التعليم يمكنهم من الاعتماد على أنفسهم في جميع أمور حياتهم ما لم يكونوا معوقين بإعاقات أخرى. إن التوجيه الحديث في تعليم المورون يعتمد في المقام الأول على المقولة الأساسية : «إن أي إنسان يملك القابلية على إنجاز نشاط مفيد أياً كان نوعه» (هت وجيبي 1976).

وإن العلم الحديث والإنجازات من قبل المؤسسات الاجتماعية أوضحت أن الكثير من المتخلفين عقلياً من فئة المورون يمكنهم الاعتماد على أنفسهم إذا ما توفرت لهم التربية المناسبة وخدمات برامج التأهيل المناسب بما في ذلك النصح والإرشاد والوضع في المكان المناسب.

ثانياً: الكفاءة الشخصية الاجتماعية: تعني الكفاءة الشخصية والاجتماعية القدرة على تحقيق علاقات إيجابية فعالة مع الأنداد والآخرين بالإضافة إلى القابلية لتحقيق الذات، حيث أن التوافق مع الآخرين يعتمد بالدرجة الأولى على تحقيق الذات. فالطفل الموروني يعاني كثيراً من إمكانية تحقيق ذاته والسبب في ذلك يعود إلى موقف المجتمع المؤسف تجاهه. لذلك يجب التركيز بصورة أكثر على التكامل بين العمليتين (تحقيق

الذات والتوافق الاجتماعي) بهدف التوصل إلى كفاءة اجتماعية عامة.

وعليه فإن المدرسة يجب أن توفر مجالاً خاصاً لتدريس المهارات الشخصية والاجتماعية للمتخلفين عقلياً ليس فقط لأنهم معوقون عقلياً بل لأنهم في الغالب معوقون ثقافياً واجتماعياً وفي داخل محيطهم الأسري والاجتماعي.

ثالثاً: التدريب على تقبل التأهيل الأكاديمي: يجب أن تتضمن الأهداف العامة لتربية أطفال المورون التدريب على التأهيل الأكاديمي، ولابد أن يشتمل التدريب على المهارات الإعدادية التي يفتقدها الكثير من هؤلاء الأطفال.

وبما أنه ليس هناك منهج محدد للأطفال المعوقين عقلياً متفق عليه من قبل التربويين فإننا نجد أن هناك بعض العلماء الذين حاولوا القيام بوضع منهج محدد في هذا الصدد من بينهم سميث (Smith) الذي اقترح ثلاثة أهداف رئيسية تمثل هذا المنهج وهي:

- توفير كم من المعلومات.
- تطوير مهارات شخصية اجتماعية مهنية تمكن الفئة القابلة للتعليم من الاكتفاء الذاتي أو الاعتماد على النفس.
- تطوير تفاعل مناسب مع المناخ المحيط.

إن التدريب على الاستعداد للتأهيل الأكاديمي مهم جداً في مرحلة ما قبل المدرسة، فبعض المهارات تشمل القدرة على التمييز البصري والسمعي بالإضافة إلى القدرة على التذكر وهذه في الأساس مهارات حسية وإدراكية وبعضها الآخر يشمل مهارات حركية محددة كالقطع وتصنيف الأشياء وترتيب اللعب وما إلى ذلك. وتضم كذلك المهارات الشخصية بدءاً من التحكم في العمليات البيولوجية (التبول والإخراج) وانتهاءً بتطوير حس الزمالة أو الإحساس بالزملاء (سميث 1971).

رابعاً: تطوير مهارات عامة وخاصة: نتيجة لاختلاف إمكانيات المتخلفين عقلياً من فئة المورون للتعلم فإن البرنامج التعليمي لهؤلاء الأطفال لابد أن يوفر التدريب الأكاديمي المناسب لكل طفل قابل للتعلم. وعموماً فإن أطفال المورون يحتاجون إلى التدريب على نشاطات خاصة يمكن أن يؤديها الأطفال العاديون بكل سهولة مثل التعود على السلامة الشخصية من الكهرباء والسير في الشارع وقطع الطريق وهذا فيما يختص بالسلوك الحسي الحركي.

إضافة إلى ذلك يجب أن يتدربوا على العادات العامة المتعلقة بالعمل والنشاط كالانتباه والمثابرة في إنجاز مهمة ما وتجنب فقدان القدرة على التركيز وتسبيب الإزعاج للآخرين. وإن نسق المهارات الخاصة التي يتم التدريب عليها إضافة إلى تدريب القدرة على التركيز والتسلسل في تدريس هذه المهارات لابد أن يرتبط بدقة مع الاحتياجات الخاصة للفصل المحدد والأطفال المعنيين بذلك الفصل.

ولابد أن ننبه هنا إلى أن الأطفال المنضمين حديثا إلى مدرسة ما أو إلى برنامج في مرحلة ما قبل المدرسة يمتلكون خبرات محددة في الصحة العامة واللغة والتخاطب والتواصل ويحتاجون إلى تدريب بدرجة كبيرة في هذه المهارات وغيرها من المهارات المرتبطة بها قبل أن يتمكنوا من إنجاز أي تقدم في المهارات الأكثر تعقيداً، وعلى المدرس المعني بتدريب هؤلاء الأطفال أن ينمي حماسهم ويحافظ عليه ليتمكن من تدريبهم بنجاح (هت وجيبي 1976).

خامساً: تحقيق الكفاءة الاقتصادية والمهنية: من الأهداف الرئيسية لتربية أطفال المورون تحقيق درجة ما من الكفاءة المهنية والإنتاجية الاقتصادية مهما كانت التوقعات فيما يخص هؤلاء الأطفال سواء كانوا يعتمدون على أنفسهم مستقبلا أو بقوا في وضع يعتمدون فيه أساساً على الآخرين في توفير احتياجاتهم الأساسية.

وتشير الدلائل بصورة قاطعة إلى أن نسبة كبيرة من أطفال الموروون قابلة لأن تكون منتجة أو تعمل في مهن توفر دخلاً معقولاً عما كان متوقعاً في السابق. وتجدر الإشارة إلى أن التوجه العام يسير نحو التعامل مع هذه النسبة من السكان باتجاه توظيفهم وتفاعلهم مع المجتمع في أنماط توظيف عادية بدلاً عن توظيفهم في إطار مؤسسات خيرية.

وبتطوير برامج التدريب المناسبة على مستوى المدرسة الإعدادية والثانوية تبين أن نسبة كبيرة من المتخلفين عقلياً تحولوا في مجتمعات كثيرة في الغرب إلى جزء متكامل من القوى العاملة لأنهم قادرون على إنجاز عمليات بدرجة تكنولوجية معقدة إذا ما توفر لهم التدريب المناسب. وعموماً ترتبط درجة تعقيد التدريب المهني الممكن للطفل بدرجة ذكائه.

كما أن هناك العديد من العوامل الأخرى غير القدرة العقلية تؤثر بصورة مهمة في نوع العمل الذي يمكن للموروون أن يؤديه في ظروف عادية، فالوضع الاقتصادي بجانب المهارات الاجتماعية وخصوصاً التصالح مع الآخرين واتباع دورات الإرشاد تعد من العوامل المؤثرة في نوعية العمل الذي يمكن إنجازه من قبل المتخلف من فئة الموروون.

7- البرامج التعليمية المتتابعة لأطفال الموروون:

إن الطفل العادي يتمتع بكل لحظات حياته، فهو يلهو مع أقرانه ويبدع ويبتكر ويذهب إلى المدرسة ويمارس حياته بحرية ونشاط دون عائق يعوقه. ولكن ماذا عن طفل الموروون؟ هل يلعب ويلهو كأقرانه من العاديين؟ وكيف يتعلم ويدرس؟ ومتى يتم له ذلك إن كان يستطيع فعلاً أن يتعلم؟ كل ذلك يمكن معرفته من خلال تناولنا

للأهـداف المحـددة لـبرامج تعلـيم أطفـال المـورون والتـي تـتم في عـدة مراحـل موضحة أدناه:

أولاً: برنامج مرحلة ما قبل المدرسة: فيما يخص برنامج الدراسة لأطفال المـورون فإنه يتبارد إلى الذهن السؤال الذي يطرح نفسه علينـا ألا وهـو: متـى يبـدأ البرنـامج الدراسي المدرسي لهؤلاء الأطفال؟ في الغالب يبدأ التدريب المدرسي لأطفال المـورون متأخراً جداً عن عمر الست سنوات المعتاد للأطفال العاديين. حيث أنه يصعب عليهم التوافق والتأقلم داخل حجرات الدراسـة المنتظمـة والروتينيـة في المـدارس العاديـة، ولذلك استوجب أن يبدأ تدريبهم وتعليمهم مبكراً في فترة تسبق التعليم المدرسي سواء تم ذلك التدريب والتعليم في مدارس عادية او مدارس خاصة.

بالطبع إن التقييم الدقيق لكل طفل بمفرده مطلوب وهام ولكن بالنسبة للكثيرين فإن التسجيل في برنامج مدرسي خاص في عمر خمس سنوات مفيد جـداً ويـاتي بـثمار حسنة. ومما يؤكد ذلك الدراسة التي قام بها العالم كيريك والتي تتعلق بـالتعليم المبكـر لأطفال المورون حيث قارن بين التقدم الذي تم في حالات الأطفال المتخلفـين عقليـاً القابلين للتعلم والذين توفرت لهم فرصة التدريب والتعلـيم وبـين مـن لم تتـوفر لهـم فرصة مناسبة.

وكانت نتائج دراسته تؤكد أن المجموعة الأولى قد استفادت فائدة كبيرة من تجربته وتحسنت من ناحية الأداء والتعلـيم. ولهـذه العوامـل يجـب أن تتـوفر العنايـة لهـؤلاء الأطفال في مرحلة ما قبل الدراسة بشكل خاص في ريـاض الأطفـال حيـث الـبرامج التدريبية المنظمة والعناية المكثفة بالإضافة إلى توفير مناخ منزلي مناسب.

ويتــضمن البرنــامج تــدريب الأطفــال عــلى الاعــتماد عــلى الــنفس في القيــام بالعمليات اليومية.

البسيطة مثل الأكل والشرب والنظافة الشخصية واستخدام الحمام وارتداء الملابس. كما يجب أن يركز البرنامج على المهارات المتعلقة بمرحلة التحدث (التخاطب البسيط - التطور اللغوي) إضافة إلى العمل على التآزر الحركي والقدرات الحسية الحركية.

ولقد أثبتت الدراسات أهمية التدريب على الإدراك البصري والسمعي في هذه المرحلة لأن هؤلاء الأطفال عادة ما يكون إدراكهم لهذين الأمرين أكثر حدة من تطورهم العقلي. وهذا ما دعى إلى التأكيد على أهمية الاستعداد للتدريب على هذ المهارات قبل الانخراط في برنامج دراسي رسمي ومنتظم.

لقد أشرنا فيما سبق إلى أهمية التقييم الفردي والذي يمكن المدرس أو المختص من جمع المعلومات المفيدة عن الطفل قبل انضمامه إلى المدرسة. ويجب أن يشتمل التقييم على المهارات التي يمكن أن يؤديها الطفل في المنزل حيث يساعد ذلك على التخطيط للنشاطات الفردية والأعمال التي يمكن أن يبدأ الطفل بها نشاطه في المدرسة. وإن أسئلة مثل الأسئلة الآتية يجب أن تسأل عند انضمام الطفل المورون إلى برنامج مرحلة ما قبل الدراسة وهي:

- ما هي مهارات الطفل اللغوية والأنماط التي يستخدمها للتخاطب؟
- ما هي أنواع النشاطات التي تتطلب الاعتماد على الذات؟
- ما هي المهارات الجسمانية التي يجب أن يمتلكها؟

إن المعلومات التي يمكن استخلاصها من الإجابة على الأسئلة سالفة الذكر يمكن الاستفادة منها في توجيه البرامج إلى إفادة أطفال المورون إلى أقصى حد ممكن.

ولذلك يجب أن يوجه منهج التدريس إلى تطوير واستنباط طرق تدريب ناجحة وممتعة مع الانتباه إلى المبدئين الآتيين (سميث 1971):

- إن التجارب الممتعة والناجحة تساعد كثيراً في التشجيع على الثقة بالنفس بطريقة إيجابية.

- إن التجارب الناجحة يمكن أن تسفر عن التعود على عادات إيجابية في التركيز والانتباه وهي ضرورية لتعليم هؤلاء الأطفال.

- وبصورة عامة فإن كثيراً من المختصين في مجال برنامج مرحلة ما قبل الدراسة يقترحون أن تكون النشاطات في هذه المرحلة في شكل ألعاب تساعد على إلهاب الحماس والمشاركة عند هؤلاء الأطفال.

ثانياً: برنامج التدريب على مهارات الاستعداد للدراسة الأساسية: يرى سميث (1971) أن أطفال المورون غالباً ما يفتقدون إلى الكثير من التجارب العادية في مرحلة ما قبل الدراسة وذلك نتيجة لتخلفهم الإدراكي والحركي حيث لا يكونون مستعدين كالأطفال العاديين للتجارب العادية.

وكنتيجة لذلك فإن قدرتهم على الانتباه والتخاطب والفهم اللغوي والتوافق الحركي والتناسق في النشاط العضلي والانخراط في التفكير الإبداعي خاصة التخيلي عادة ما تكون محدودة جداً. وفي حالة كون التخلف العقلي مصحوباً بإعاقة جسمانية تنشأ من مشاكل إضافية أخرى، فإنه بناءً عليه يجب أن يركز البرنامج المدرسي على تطوير المهارات المتنوعة التي لا يحتاجها الأطفال العاديون، وهذا بالإضافة إلى أنه لابد أن يتضمن إعدادهم لتدريب أكاديمي وقبل مهني لاحق.

لقد أوضحت الأبحاث أن أطفال المورون يمكن أن يتعلموا كالأطفال العاديين في نفس العمر العقلي ويمكنهم أن يحتفظوا بالمعلومات واستخدامها في مجالات مرتبطة

أخرى إذا ما توفر لهم تعلم المهارات الأساسية.

وهذا يشير إلى أن أطفال المورون يحتاجون إلى وقت أكبر لتعلم هذه المهارات الأساسية التي يمكنهم إتقانها في وضعهم المتاح. وهناك نقطة هامة يجب التنبيه إليها ألا وهي أن المواد والبرامج والمهام التي تقدم لهؤلاء الأطفال يجب أن تكون مبسطة وسهلة على أن تتقن هذه المهام والمهارات حتى ولو أدى ذلك إلى تكرار التجارب العلمية التعليمية (هت وجيبي **1976**).

كل هذه الاعتبارات تشير إلى ضرورة التدريب على المهارات الأساسية والتي تتمثل فيما يلي:

أ- **مهارات التحكم في الجسم** (كالتناسق الحركي في المشي والتآزر البصري والتوازن العام للجسم كالجري) وفي هذا الصدد أوضحت الدراسات أن أطفال المورون متأخرون بعام أو أكثر عن الأطفال العاديين في مسألة التآزر الحركي.

ب- **المهارات الأكاديمية**، حيث يحتاج أطفال المورون إلى تدريب مكثف في هذا الجانب، بالإضافة إلى القدرة على التذكر والانتباه، مع العلم أن مهارة الانتباه مهمة جداً في زيادة سرعة التعلم والتدريب ولذلك يجب على المدرس أو المتخصص أو يوليها أهمية خاصة.

ولقد أوضحت الدراسات أن درجة الانتباه مرتبطة بالكفاءة في التعلم حيث اتضح بجلاء أن التدريب على هذه المهارة له أهمية كبيرة في التدريب على مهارات الاستعداد للدراسة بجانب عوامل أخرى تساعد على هذا الاستعداد (هت وجيب **1976**).

ثالثاً: البرنامج المدرسي الشامل ذو الفعالية العالية: سنحاول أن نلقي نظرة على

البرنامج المدرسي في مجمله. ولقد نبهنا فيما سبق إلى أهمية التعليم في مرحلة ما قبل المدرسة حيث أن له فعالية كبيرة جداً في تطوير المهارات الأساسية وخلق سلوك بناء تجاه المدرسة والتعليم. ولكن بداية جيدة ليست كافية دائماً.

وفي الغالب ما تكون البرامج التعليمية ذات فعالية إذا كانت الأهداف النهائية واضحة تماماً ويتم تنفيذ البرنامج بدقة.

وتجدر الإشارة هنا أن دلائل الأبحاث قد أوضحت أن عدداً كبيراً من أطفال المورون يمكنهم أن يعتمدوا على أنفسهم بصورة كاملة في إطار المجتمع الكبير إذا ما توفر لهم النصح والدعم والمساعدة أثناء السنوات المبكرة من عمرهم. وعليه فإن أكثر الأهداف أهمية في تعليم هؤلاء الأطفال هي الكفاءة المهنية والحياة الاجتماعية الفعالة. ولذلك يجب أن يركز البرنامج الدراسي الشامل على هذين الهدفين وأهداف أخرى مرتبطة بهما.

من الجدير بالذكر أن البعض يطرح وجهة النظر القائلة بأن هذه البرامج الشاملة عبء ضخم على المدرسة حيث أن إمكانية توفير برنامج مدرسي فعال لأطفال المورون لا تتم من قبل المنزل أو أي مصدر اجتماعي آخر عدا المدرسة، وعليه فإن البرنامج المدرسي الشامل يجب أن يشمل على التجهيز في مرحلة ما قبل المدرسة والتدريب على مهارات الاستعداد الأساسية لتعليم المهارات الأكاديمية المرتبطة بأنماط معيشة محددة ومعاصرة على أن يشمل البرنامج على التسلسل الزمني من عمر خمس سنوات إلى ثمان عشرة سنة وتوفير الإمكانيات المناسبة فيما بعد ذلك. من هذا المنطلق يجب أن يقسم البرنامج إلى خمسة مراحل رئيسية هي:

أ- مرحلة ما قبل المدرسة.

ب- المرحلة الابتدائية.

جـ- المرحلة الإعدادية أو المتوسطة.

د- المرحلة الثانوية.

هـ- مرحلة ما فوق الثانوية.

ويجب أن يتخير التركيز على نوع التدريب في كل مرحلة وفق درجة النمو الجسماني والنفسي للطفل ولعل أهم البرامج التعليمية وأكثرها وضوحاً وفائدة في البيئة العربية هو البرنامج الذي عرضه عبدالعزيز شحاته مرسي (1991) في كتابه: «تأهيل المتخلفين عقلياً» والذي نعرضه فيما تبقى من هذا الكتاب.

8- نموذج برنامج تربية فكرية لأطفال المورون:

تسهم الرعاية التربوية في إعداد الطفل المتخلف عقلياً للعيش في مجتمع يستغل فيه قدراته. وبما أن قدراته محدودة وتتطلب رعاية خاصة وأن ذكاءه وإدراكه الحسي وعملياته العقلية ولغته تقع دون السواء فإنه ينبغي إخضاعه لبرنامج تربوي خاص يتم تنظيمه للطلاب المتخلفين عقلياً من فئة المورون في ضوء احتياجات مرحلتين من مراحل النمو هما كما حددهما مرسي (1991) برنامج لمن عمرهم العقلي أقل من ست سنوات وآخر لمن عمرهم العقلي أكبر من ست سنوات.

أ- برنامج لأطفال المورون دون المراهقة وعمرهم العقلي أقل من ست سنوات:

بما أن هؤلاء الأطفال يصلون إلى سن دخول المدرسة ولم يصل عمرهم العقلي لمرحلة تؤهلهم للاستفادة من التعلم العام مع الأسوياء العاديين وإن معظمهم لم تتم تهيئته لدخول المدرسة من قبل الأسرة والمجتمع وإن خبراته ضعيفة جداً وإن إعاقاته متعددة سواء في الإحساس أو الإرادة أو التوافق الحركي وفي القدرة على التركيز والانتباه فإن تعليمه يجب أن يهدف لتوفير الرعاية الصحية له ومساعدته على التغلب

على صعوباته المدرسية والسلوكية لبناء الثقة لديه بنفسه وتحسين علاقاته الاجتماعية مع الآخرين وتنمية الاتجاهات السليمة لديه للعمل مع الآخرين وتنمية قدراته العقلية وخبراته اللغوية وجعله قادراً على العيش في المجتمع وتوطيد علاقة أسرته بمدرسته. وكل ذلك يجب أن يتم مترافقاً مع ضرورة النظر إليه على أنه طفل قبل كل شيء وأن له حاجات مماثلة لحاجات الإنسان العادي بل وأكثر وتشجيعه وعدم مقارنته بغيره بل بمساعدته للاعتماد على نفسه وتكليفه ببعض المسؤوليات. وتوجيهه بطريقة مباشرة ومراقبة تحسنه من قبل المعلم والطبيب ..الخ.

وفيما يلي نذكر بإيجاز أهم الأنشطة التربوية المطلوبة لتعليم طفل المورون الذي لا يتجاوز عمره العقلي ست سنوات.

- **الأنشطة المساعدة على تكوين العادات السليمة:** مثل الاهتمام بالنظافة الشخصية وما يتعلق بها وكيفية غسل الوجه واليدين والأذنين والأسنان، وطريقة تناول الطعام وما يتصل بها من نظافة وأدوات، وتكوين عادات صحية في الجلوس واللعب والسير، وتعلم الاعتماد على النفس في قضاء الحاجات.

- **الأنشطة المساعدة في تكوين خبرات اجتماعية:** مثل الحديث عن المسكن وموقعه وأفراد الأسرة والأهل والقيام بأعمال بسيطة كرعاية حديقة المنزل، والتدريب على المحافظة على ممتلكات الغير والشخصية، والقيام برحلات وزيارات وجولات في البيئة لتكوين عادات سلوكية واجتماعية.

- **أنشطة مساعدة على التدريب الحسي وتنمية الإدراك والملاحظة:** مثل تدريب الإدراك البصري بوسائل ولعب متعددة يلاحظها الطفل ويسميها ويتعرف عليها ويرتبها، وتنفيذ الأوامر المطلوبة والتعليمات، والتعرف على أصوات أشياء مختلفة، وسماع الأغاني والموسيقى وتقليدها لتقوية العضلات والصوت ومعالجة اضطرابات

الكلام، وتذوق طعم الأشياء ومعرفة ملمسها ورائحتها، وتنمية الملاحظة والانتباه والإدراك.

- **أنشطة مساعدة على التوافق العضلي وإصلاح التشوهات الجسمية المرافقة للإعاقة العقلية:** كتدريبات تقوية الأصابع وقبضة اليد، والأشغال اليدوية، وتقطيع الأقمشة بالمقص والأعمال الفنية كأعمال القش والخيزران والنجارة والرسم والتكوين واللعب على الآلات الموسيقية. وهناك تدريباً لتقوية العضلات الكبيرة للتخلص من التشوهات الجسمية كعدم المرونة في العضلات أو الاتزان في المشي أو الانحناء في الكتفين والسلسلة الفقرية وما يرافقها من حالات نفسية.

وتشمل هذه النشاطات التدريبات السويدية واستعمال الأجهزة الرياضية والمشي في أماكن ليست ممهدة أو في قوالب بينها مسافات غير متساوية وصعود السلالم والمشي إلى الأمام والخلف والقفز والتوافق العصبي وتقليد الحركات وتدريبات اللياقة الجسمية والتدريبات الجانبية والاتجاهية والكتابة الإيقاعية وتدريبات رسم الأشكال ونسخها والرسم بالطباشير..الخ. وتلعب السباحة والرقص الإيقاعي دوراً هاماً في ذلك كله لما لها من دو ركبير في التناسق الحركي والتدريب السمعي وإزالة التوتر.

- **النشاطات الموسيقية:** حيث تلعب الموسيقى دوراً هاماً في تربية أطفال المورون لأنها تقوي روحهم المعنوية وتخلصهم من سلبيات الإعاقة وآثارها السيئة كما تحقق لهم التوازن النفسي وتقوي الروح الجمعية بينهم وتعالج اضطرابات الكلام لديهم وتنمي تآزرهم الحركي وتحسن تذوقهم الجمالي للبيئة المحيطة وتغرس فيهم المبادئ الوطنية والدينية، وتكشف عن مواهبهم وتدخل إلى نفوسهم البهجة والسرور وتساعدهم في التعبير عن ذواتهم وتقوي ثقتهم بأنفسهم، وتحقق التناسق بين عقولهم وعضلاتهم، وتنمي إدراكهم الحسي السمعي والاستماعي، وتنمي قدرتهم على التكلم بالتنفس

وإخراج المقاطع اللفظية، وتوضح لهم مدلول المفاهيم وتربطهم بمجتمعهم.

- **النشاطات التمثيلية**: وهذه أيضاً بفضل ما تتضمنه من تدريبات بدنية وما تحققه من لذة وتسلية وبما توحيه من تمثيل للأدوار وحركات وملاحظة ويقظة وتركيز وانتباه ومبادرة وتفكير وحيوية تعلم طفل المورو ـ ستبرا من الأمور المعقدة.

- **النشاطات الفنية وخاصة الرسم**: وهذه بدورها تقوي عضلات الجسم وتسمح لطفل المورون بالتعبير عن مشاعره.

ب- برنامج الأطفال دون المراهقة وعمرهم العقلي أعلى من ست سنوات:

بعد انتهاء الطفل من البرنامج الأول وتحسين لغته وقدرته على التحكم في عضلاته وتمكنه من استخدام يديه وعينيه في الكتابة، يجب إخضاعه لبرنامج تعليمي أكثر تطوراً من سابقه، وهذا البرنامج الجديد ينمي خبراته ومهاراته اللغوية والحسابية وقدرته على النطق والكلام وقدراته السمعية والبصرية والعضلية والعقلية، وينمي مهاراته الحركية وتآزره الحركي ومهاراته الاجتماعية وينمي العادات الصحية والعملية لديه، ويكشف ميوله واتجاهاته وبخاصة المهنية والسلوكية منها وينميها بما يحقق له الاستقلال والاستقرار والصحة الجسمية والنفسية والتكيف الاجتماعي وتحقيق الذات.

وبما أن الأفراد المتخلفين عقلياً من المورون يختلفون كثيراً في قدراتهم خلال هذه المرحلة وإنه من الخطأ إخضاعهم لبرنامج واحد فإنه ينبغي مراعاة الفروق بينهم وإخضاعهم لبرنامج تعليمي يحقق الأهداف المذكورة أعلاه ويتضمن العناصر التالية:

- **القراءة**: ويتم تعليمها لطفل المورون حسب حاجته ورغبته ووضعه الأسري من خلال قيام المعلم بتحويل خبرات الحياة اليومية لدروس لغوية نافعة وقراءة الأشياء الضرورة مع توجيهه للتعرف على أشكال الكلمات والحروف وأوضاعها والتفريق بينها.

- **الكتابة:** ويتم تعليمها للمتخلف عقلياً من المورون بهدف تدريبه على القيام ببعض الأعمال البسيطة ككتابة رسالة قصيرة أو بطاقة أو للتعامل مع إرشادات المرور وتعليمات البريد.

- **الحساب:** لتمكين الطفل المورون من معرفة النقود واستعمالها، والوقت، والمقاييس والأوزان والعمليات الحسابية الأربعة، والكم والحجم والموقع والتعبيرات التجارية والعدد وتعرف الأرقام المكتوبة.

- **العلوم العامة والصحة:** لتمكينه من الاعتماد على الطبيعة في قضاء حاجاته فيما يتعلق بالطعام واللباس والسكن والتعامل مع الحيوانات والنباتات والآلات بشكل مقبول ومراعاة القواعد الصحية البسيطة في الحياة.

- **العلوم الاجتماعية:** تتضمن معلومات عملية بسيطة عن البيئة المحيطة ومعالمها مثل موقع مسكنه ومدرسته والمؤسسات الاجتماعية الموجودة في محلته والمحال التجارية والسلع المتداولة وأمكنة الترفيه والتثقيف والزراعة المحلية والمنتجات الزراعية والمناسبات الاجتماعية والدينية والقومية وعادات الحياة المختلفة.

- **التربية الدينية والأخلاقية:** يجب إدخالها في المنهاج لأن المتخلف عقلياً من المورون أكثر تعرضاً للانحراف من غيره من الأطفال العاديين ولكن يجب تبسيطها وجعلها عملية تحثه على الصدق والأمانة والخير والمعاملة الجيدة.

- **التربية الرياضية والموسيقية والفنية والزراعية ...الخ:** وتهدف لإكساب طفل المورون مهارات تساعده في شغل أوقات فراغه وكسب عيشه وعمله المهني لاحقاً سواء أكان في الخياطة أو النجارة أو الأعمال المكتبية أو أعمال القش والقصب ...الخ.

3- **تعليم المتخلفين عقلياً من المأفونين عن طريق الحاسوب:** بالرغم من التوسع

الهائل الذي حدث في تقنيات الحاسوب في السنوات الماضية فإن التطبيقات التربوية المبكرة له واجهت بعض الصعوبات والتي كان من أهمها التكلفة المرتفعة. ولكن بفضل التعديلات التي أدخلت في صناعة الحاسوب المصغر قلت هذه التكلفة ولذلك استعانت به كثير من المؤسسات في تعليم الأطفال العاديين.

أما بالنسبة للمعوقين فقد ناقشت كثيرٌ من الدراسات مزايا وفوائد التعليم بمساعدة الحاسوب.

وأوضح بعضها وبخاصة دراسات «هوفمستر» (1984) أهمية وجود دراسات جريبية تؤكد فوائد استخدام الكمبيوتر بالنسبة للتلاميذ من ذوي الحاجات الخاصة.

وأوضحت دراسات أخرى أجريت في نفس المجال فوائد الحاسوب المصغر ومزاياه للمعوقين من التلاميذ وركزت على أن التعليم بمساعدة الحاسوب (C.A.I) يزيد من انتباه التلاميذ كما يعمل على تقليل الوقت اللازم للتعلم.

وأضافساندلز (1975) أن استخدام الحاسوب المصغر يساعد التلاميذ المعوقين في اكتساب المهارات التي يستحيل اكتسابها بدون مصادر أخرى ووقت كافي.

وأوضح كل من هوفمستر (1984) وهوفمان (1984) أن التعليم بمساعدة الكمبيوتر (C.A.I) يكون بمثابة معلم واسع الصدر كثير الصبر يستطيع أن يمنح المعوقين تعليماً يعتمد على حواس متعددة، وتفريداً في التعليم ووقتاً كافياً لهم بجانب متطلبات التعزيز. وبالإضافة إلى ذلك فإن (C.A.I) يزود العملية التعليمية بالتغذية المرتدة وبدون التدخل المباشر للمعلم.

ومن الدراسات التي أجريت على تعليم المتخلفين عقلياً عن طريق الحاسوب دراسة ديان (1987) التي قارن فيها بين طريقتين لتدريس الكلمات المرئية. الطريقة الأولى بمساعدة الكمبيوتر والثانية بتدريس المعلم فقط. ففي الطريقة الأولى استخدم

التعليم بمساعدة الكمبيوتر مع مركب للكلمات في تدريس كلمات مرئية جمعت من بقالة لثلاثة أفراد من ذوي الإعاقة المتوسطة، واستخدمت معالجات متبادلة بغرض التحقق عن مدى فاعلية تعليم المعلم مقابل التعليم بمساعدة الكمبيوتر وقد أوضحت النتائج أن استخدام الطريقتين معاً يحقق نتائج باهرة.

وقد أوضحت الدراسات التي أجريت في مجال تدريس الرياضيات والقراءة عن طريقة (C.A.I) أن التلاميذ من ذوي الإعاقات البسيطة حققوا نتائج أفضل من الذين درسوا بالطريقة التقليدية. وعليه أوصى كثير من رجال التربية وعلماء النفس بإجراء بحوث مكثفة يمكن بها استخدام الحاسوب المصغر بصورة أكثر انتشاراً في التعليم اليومي للمتخلفين عقلياً.

ثانياً: الأطفال البله

1- من هم الأطفال البله؟

هم الذين تتراوح نسبة ذكاؤهم بين 25-50 درجة وعمرهم العقلي بين ثلاث وسبع سنوات ويطلق عليهم تربوياً اسم القابلين للتدريب. وهذا يعني أن أفراد هذه الفئة يصعب تعليمهم ولكن يمكن تدريبهم على بعض الأعمال التي لا تحتاج إلى تفكير. كما يمكن تدريبهم على بعض المهارات التي تساعدهم على المحافظة على حياتهم.

وتضم فئة البلهاء نسبة كبيرة من المنغوليين وحالات القزامة أو القصاع. وبعض الفئات الأكلينيكية الأخرى ... يتعقد الوضع بالنسبة لبعضهم لإصابتهم بالصرع أو لجمعهم لعاهات أخرى كالعاهات البصرية والحركية ... الخ بجانب عاهتهم العقلية.

2- **أهم سمات البله:**

من أهم صفات البله وخصائصهم وسماتهم ما يلي:

- غير قابلين للتعلم إلا أنهم قابلون للتدريب.
- لا يستطيعون إعالة أنفسهم لأنهم لا يستطيعون القيام بعمل مفيد.
- لا يستطيعون التوافق الاجتماعي، وتنقصهم المسؤولية الاجتماعية.
- ومن الناحية الانفعالية يلاحظ أن الانفعالات رتيبة وضحلة.
- يلاحظ لديهم بعض النقائص الجسمية.

3- **تدريب البله وتأهيلهم:**

نظراً لأن العمر العقلي للبلهاء لا يتجاوز سبع سنوات على أحسن الأحوال مهما طال العمر بالأبله، فإن حالاتهم غير قابلة للتعليم بالمعنى الأكاديمي، ولا نأمل أن يحصلوا من مبادئ القراءة والكتابة والحساب إلا على النذر اليسير. ويحتاج الأمر في أحسن الأحوال أن يكون عمر الأبله 12 سنة على الأقل ليستطيع أن يكتب اسمه أو يلم بمبادئ القراءة والحساب التي يلم بها الطفل العادي في السنة الأولى من المدرسة الابتدائية وهؤلاء الأطفال يمكن تهيئتهم مع الرعاية والتدريب المناسبين - لخدمة أنفسهم ولكسب الرزق مستقبلاً عن طريق العمل بحرف بسيطة وأداء الأعمال اليدوية التي لا تتطلب مهارات فنية.

وهناك مؤسسات خاصة توجد في كثير من البلاد العربية وتتبع عادة لوزارة الشؤون الاجتماعية وتخضع لإشرافها وفي هذه المؤسسات تطبق برامج خاصة يقوم معظمها على أساس التدريب عن طريق تحليل العمل Task Analysis وذلك لغرض

تعليم الأطفال العادات والمهارات التي تفيدهم في الاستقلال ببعض أمورهم الشخصية وخدمة أنفسهم والعناية بنظافتهم والمحافظة على حياتهم.

وهذا باختصار يعني تدريبهم على أكتساب مهارات الحياة اليومية، وهي مساهمة حقيقة لها قيمتها في برامج المؤسسات الخاصة بالبلهاء. كما تتولى هذه المؤسسات تدريب الأطفال حسب أعمارهم على الأعمال اليدوية البسيطة مثل العمل على النول أو بعض أشغال التجارة وأشغال الخيزران وأشغال الإبرة.

ومن الواضح أن مثل هذا التدريب لا يستهدف إعداداً فنياً وإنما مجرد معاون فني يتسلزم أن يكون عمله تحت إشرافه وتوجيه من الغير. ومن ناحية أخرى تستهدف هذه المؤسسات تطبيع الأطفال اجتماعياً ومعاونتهم على الاندماج في حياة اجتماعية من نوع ما. كما تعني كذلك بنموهم البدني ورعايتهم من الناحية الصحية وإشابع حاجاتهم من اللعب والترويح. وفيما يلي برنامج مقترح لمثل هؤلاء الأطفال أعده مرسي **(1991)**.

4-برنامج مقترح للأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتدريب:

بما أن درجة ذكاء هؤلاء الأطفال تقع ضمن فئة 26 – 50 على أساس اختبار بينيه وأنهم غير قادرين على الاستقلال التام في حياتهم أثناء الشباب والرشد فإنهم يبقون معتمدين على ذويهم ولو بدرجات مختلفة حسب الفروق فيما بينهم في القدرات أو الإعاقات لديهم. وبما أنهم لا يتجاوزون في عمرهم العقلي ذكاء طفل عمره 8 سنوات في أفضل الحالات وإنهم لا يستطيعون التعلم مع الأطفال المورون فإن من الضروري إخضاعهم لبرنامج تدريب يؤهلهم للإستقلالية واستغلال ما لديهم من قدرات وإمكانيات.

وقد اقترح مرسي **(1991– 99)** البرنامج التالي:

- بالنسبة للأهداف فإن البرنامج يهدف لتنمية ما لدى المتخلفين عقلياً والقابلين للتدريب من قدرات سواء أكانت قدرتهم على الاعتماد على أنفسهم، أو على الثقة بأنفسهم أو على التكيف الاجتماعي، أو التوافق الاجتماعي وتدريب حواسهم وعلاج اضطرابات الكلام لديهم وإكسابهم مهارات المعيشة والعادات السليمة في المأكل والمشرب وتدريبهم على الاستجابة لتعليمات الآخرين وعلى حرفة بسيطة تلائمهم وعلى الاتصال، وإعطائهم قدراً من الخبرات التربوية.

- بالنسبة للمنهاج التعليمي فإنه يجب أن يتضمن:

1- القراءة والكتابة حتى وإن كانت قدرة القابلين للتدريب من المتخلفين عقلياً ضعيفة جداً ولا تتعدى بضع كلمات.

2- الحساب لتعليم المعوق إدراك مفاهيم الكم والتمييز بينها، وبعض مفاهيم الحساب الأخرى.

3- التربية الدينية.

4- تدريب حواس الطفل كالسمع والبصر والشم والذوق لتنمية جهازه العصبي.

5- الموسيقا والأغاني والرقص الإيقاعي والتمثيل لتحقيق التوازن النفسي ومعالجة اضطرابات الكلام وتحقيق التآزر الحركي.

6- تدريبات التعرف على الذات والمحافظة عليها صحياً وغذائياً.

7- تدريب الإدراك الحسي وقدرات التذكر والتخيل والتصور وبناء المفاهيم.

8- التدريب على الحرف البسيطة أو جزء منها وقليل من التعلم المهني لمحبة العمل اليدوي لما له من فائدة علاجية نفسية.

9- التطبيع الاجتماعي وإنماء القدرة على التكيف المناسب للمواقف الاجتماعية المختلفة عن طريق إشراك الطفل في الأنشطة الاجتماعية والدراسات الاجتماعية.

10- تدريبات على وسائل الأمن والسلامة والعناية الذاتية.

11- تدريبات على الاعتماد على النفس.

12- الفنون والأشغال اليدوية.

13- مفاهيم العلوم.

ثالثاً: المعتوهون

1- من هم الأطفال المعتوهون؟

هم الأطفال الذين يهبط مستواهم العقلي إلى درك سحيق وتقل نسبة ذكاؤهم عن 25٪ ومهما امتد العمر الزمني بالطفل المعتوه فإن عمره العقلي لن يزيد عن ثلاث سنوات (أي أن ذكاء المعتوه لن يزيد في أحسن الحالات عن ذكاء الطفل العادي البالغ ثلاث سنوات من العمر) وقد يقل عن ذلك، ولا سيما أن عدداً منهم يعاني من الصرع أو من العلل البدنية المختلفة. وبعضهم يجمع بين الضعف العقلي وبين الصمم أو العمى بدرجة درجاتها.

2- أهم خصائص الأطفال المعتوهين:

- غير قابلين للتعليم أو التدريب ولا يستطيعون القراءة والكتابة مطلقاً. ولا يفيد مع المعتوه أي تدريب على حرفة مهما كانت بسيطة.

- التفكير يكاد يكون معدوماً.

- يحتاج إلى رعاية كاملة وإشارف مستمر طوال حياتهم لأنهم لا يستطيعون حماية حياتهم من الأخطار.

- الناحية الإنفعاية ضحلة جداً.

- نلاحظ لديهم نقائص في التكوين الجسمي.

- قابليتهم للإصابة بالأمراض شديدة ولذلك لا يعمرون طويلاً.

- لا يستخدمون من اللغة إلا عدداً محدوداً جداً من الألفاظ ويتأخر نطقهم إلى سن 5 وربما 7 سنوات.

- بعض المعتوهين يقتصر ما يصدر عنهم من أصوات على الصياح والصراخ على طريقة الحيوان الأبكم.

- يحتاجون إلى رعاية كاملة وإشراف مستمر طوال حياتهم لأنه لا يستطيعون حماية حياتهم من الأخطار حيث أن بعض المعتوهين إذا تركوا دون إشراف فقد يأكلون أي شيء يصادفهم. أو يلقون بأنفسهم في النار ...الخ.

ونظراً لذلك فإنه لا سبيل لرعاية هؤلاء الأطفال سوى إيداعهم في ملاجئ خاصة أو مستشفيات أو وضعهم تحت الإشراف المستمر وخاصة من الناحية الطبية. وكثير منهم لا يمتد بهم العمر إلى أكثر من 8 - 10 سنوات.

3- التأهيل المهني للمتخلفين عقلياً:

تعد عملية التأهيل المهني للمتخلفين عقلياً عملية اجتماعية ومسؤولية اجتماعية معاً تهدف للإستفادة من طاقات المتخلفين عقلياً إلى أقصى درجة ممكنة. وهذه العملية لا تتم إلا في إطار اجتماعي لأن محيط المعوق هو الأسرة والمجتمع الواسع. وبالتالي فإنها تنطلق من عدة مبادئ أهمها: أن المعوق انسان له حقوق انسانية كاملة بما فيها حقه في

الاستقلال والمساعدة الاجتماعية الأسرية والمجتمعية لجعله راضياً عن نفسه وواثقاً من قيمته لمجتمعه ومساواته مع أفراد ذلك المجتمع.

وهكذا فإن التأهيل المهني للمعوق يجب أن يتركز على قدراته وأن يتم ضمن الإطار البيئي الذي يعيش فيه وبخاصة الإطار الاقتصادي على أساس أن هذا العمل مسؤولية اجتماعية تفرض على الجميع بما فيهم الدولة تقبل المعوق وتوفير فرص العمل لتدريبه وتشغيله.

وهناك مجموعة عوامل ساهمت في ظهور التأهيل المهني لعامة الناس من جهة وللمعوقين من جهة أخرى من أهمها تقدم العلوم الطبية والانتصار على الأمراض الفتاكة، وتغير نظرة المجتمع نحو المعوقين وظهور القوانين المهنية والتشريعات الخاصة وانتشار الجمعيات الأهلية والدولية لرعاية المعوقين وتأهيلهم وما تمارسه المنظمات الدولية والحكومية الرسمية وشبه الرسمية من أدوار إيجابية لخدمة هؤلاء المعاقين.

وتتألف عملية التأهيل المهني للمتخلفين عقلياً من خمسة جوانب ذكرها البنا (1989) ومرسي (1991) - التقويم المهني، التوجيه المهني، التدريب المهني، التشغيل، المتابعة:

1- التقويم المهني: لقد أخذ التقويم المهني مبادئه ومناهجه من مجالات عديدة منها علم النفس والصناعة والجيش والتدريب المهني ومؤسسات التأهيل المهني والخدمات الطبية وقد أصبح التقويم المهني علماً واختصاصاً يؤديه أخصائيون ماهرون يقومون بتقويم حالة المعوق باستخدام عينات العمل والاختبارات النفسية والمقابلات داخل مؤسسات العمل وخارجها لتحديد قدرات المعوق وتدريب الراغبين على أساليب التقويم المهني والقيام بتحليل المهن وتحقيق الاتصال مع الآخرين وتطوير العمل الذي يقومون به.

كما يقومون بتحديد قدرات المعوق وزمن تقويم أدائه كماً ونوعاً والتحقق من قدرته على التكيف في بيئة العمل ومساعدته على تكوين عادات صحيحة أثناء العمل وزيادة قدرته على تحمل العمل وصعوباته واستثارته للنشاط المناسب ومساعدته على تلافي الأخطاء وعلى تقويم تقدمه التعليمي وتنظيم معلوماته.

وهذا يتطلب أن يتحلى الأخصائي بالتقويم بسمات عديدة من أهمها: الإلمام بمعلومات وخبرات عن عملية التأهيل المهني بجميع مراحلها وعن عالم المهن وما يجري فيه وعن السمات الشخصية للعامل، وأن يمتلك المهارة لإجراء المقابلات مع العملاء والتعامل معهم وعلى اختيار عينات العمل وتطبيقها وتفسيرها ووضع التوصيات والبرامج المناسبة للعملاء.

ومن العوامل التي يجب اتباعها عند التخطيط: التدرج في عملية التقويم من السهل إلى الصعب وإشراك العميل في التخطيط للتقييم أثناء المقابلة واستخدام مصادر المعلومات المهيئة والمهنية في التقويم والمحافظة في كل ذلك على فردية العميل في رسم خطة وتحديد المعلومات الناتجة عنها ووضع خطة التأهيل وتحديد اختبار أدوات التقويم بما يتناسب وحالة العميل.

2- التوجيه المهني: لقد ذكر مرسي (1991، ص 190) أنه يجب أن يهدف لما يلي:

- مساعدة الفرد على تقرير مصيره المهني بنفسه وذلك من خلال: إعداده لمهنة يختارها ويدخلها.

- مساعدته على فهم نفسه وإدراكه لقدراته واستعداداته ومهاراته وميوله وتقديرها.

- خفض حالات التوتر والإحباط لديه وتعميم العادات السلوكية المساعدة له في تنمية شعوره بقيمته وتحقيق ذاته.

- تحديد المشكلات التي تواجهه في تعلم الحرفة او المهنة والعمل على تذليلها.

- فهم البيئة والمجتمع الذي يعمل فيه.

- استغلال إمكانياته الذاتية وظروف العمل بما ينمي قدراته وشخصيته وتكيفه في عمله وبيئته.

- استخدام الأساليب المناسبة لكشف الميول المهنية لديه وتقديم التوجيه المناسب بما يتفق مع هذه الميول وعدم الاقتصار على الذكاء وحده وذلك لأهمية العوامل الأخرى.

وهناك عدة طرق للتوجيه منها التوجيه الفردي والتوجيه الجماعي والتوجيه الفردي يركز على الجانب الشخصي من المعلومات بينما يعطي التوجيه الجماعي اهتماماً أكبر للمعلومات التي تعين على استكشاف عالم المهن. ونظراً لأن للمتخلفين عقلياً حاجات خاصة فإنه يفضل استخدام أسلوب التوجيه الفردي من خلال بناء علاقة جيدة بين الموجه والمتخلف عقلياً كشرط أساسي لمساعدته. وفي هذا الأسلوب يجب على الأخصائي أن يتقبل المتخلف عقلياً وأن يقدر الآثار السلبية لإعاقته ويتعرف على ميوله ومشكلاته سواء بالملاحظة أو بالاختبارات. وبعد ذلك يجمع المعلومات عنه ويدرسها بدقة لتكوين صورة شاملة عنه.

وهذا هو الإطار لعام الذي يتم التوجيه الفردي للمعوق من خلاله. ولذلك ينبغي أن يتحلى الموجه المهني بصفات عديدة من أهمها المعرفة العلمية والمتخصصة في التربية الخاصة ومتطلباتها وبخطط تقويم المسار المهني وحسن استخدام المعلومات المفيدة في اتخاذ القرار السليم، وبالدراية التامة بأساليب التوجيه المناسبة للمتخلفين عقلياً واختيار المجال المهني المناسب لقدراتهم، والمعرفة بحاجات النمو للمعوقين والمهارات اللازمة لمساعدتهم على النمو، ومساعدتهم على اختيار المهنة والإعداد لها.

3- التدريب المهني وأعادة التدريب للمتخلفين عقلياً: إنه طريق لمساعدة المعوق على الاندماج في الحياة العملية للحصول على عمل مناسب وزيادة قدرته على العمل والاستمرار فيه وعلى حل مشكلاته المختلفة كما أنه يزيد من مستوى التكيف المهني للمتخلف عقلياً ومن تقبله لجو العمل ولصاحب العمل والعمال.

لهذه المبررات وضعت لاريك عام (1978) مجموعة مبادئ لتدريب المعوقين منها تشغيلهم في عمل مناسب لهم من جميع النواحي إذا لم يكونوا بحاجة للتدريب وإلا فإنه يجب تدريبهم ليس مع غيرهم من الأسوياء في مؤسسات عامة بل في ورش محمية حتى يكتسبوا المهارات الضرورية للعمل واختيار المهنة فلا جدوى من التدريب للمعوق ما لم يعمل في المهنة التي تدرب عليها أو في مهنة تشبهها.

أما إذا كانوا لا يستطيعون أداء مجموعة مهام في مهنة معينة فقد يكون نظام التدريب المرن مناسباً لهم. لأن هذا النوع من التدريب عبارة عن مجموعة من المهارات مع مهنة تجمع في قوالب يطلق عليها اسم مجموعة الوظائف المفيدة. وهذه الوظائف تعلم من قبل مدرب يصف العمل المطلوب بشكل مبسط وملائم لقدرات المتعلم وبتمهل كي يتمكن المتعلم من المتابعة والعمل تحت إشراف المعلم الذي يصحح أخطاءه ريثما يكون العادة الجيدة ويتدرب على المهارة أو العمل.

فيما يتعلق باختيار المهن المناسبة للمتخلفين عقلياً فإنه ينبغي أن تكون المهن ملائمة لقدراتهم وميولهم ولحاجات مجتمعهم ويجب تأهيلهم لها في ورش محمية وتجديدها بشكل مستمر لتتناسب مع أوضاعهم ولتخليصهم من آثارها السلبية ولزيادة مقدرتهم على النجاح فيها وذلك من خلال تقديم المساعدات المادية والمعنوية لهم.

ومن أهم المهن التي يمكن أن يتدربوا عليها: النجارة والطباعة وعمال الجلود وصناعة القش والتجليد والدهانات ...ألخ.

4- تشغيل المعوقين عقلياً: إن الغاية من تأهيل المتخلفين عقلياً وتوجيههم مهنيًا هو تشغيلهم بغية تمكينهم من إعالة أنفسهم ولكن تشغيل المعوقين عقلياً يحقق لهم جملة من الأعراض أهمها: حصولهم على أجر نتيجة العمل فلا يحتاجون للشفقة والإحسان، واندماجهم في المجتمع فلا يبقون منعزلين وشاعرين بالدوية، والعيش في حياة طبيعية داخل المجتمع ومؤسساته الإنتاجية فيستردون ذواتهم وإنسانيتهم، والحصول على مزايا موازية لمزايا الإنسان العادي المنتج، واطمئنان ذويهم على مستقبلهم، وزيادة وعي أرباب العمل بهم وبضرورة تشغيلهم.

وفي هذا المجال لابد من الإشارة إلى أن تشغيل المعوقين يستوجب تحقيق عدد من الأمور الضرورية التي ذكرها حامد (1989) ومرسي (1991) ومن أهمها:

- توفر المعلومات عن خبرة المعوق وقدراته المهنية والمهنة التي تدرب عليها ونوع التدريب الذي حصل عليه وشخصيته وسلوكه ومظهره العام وقدراته الجسمية والعقلية الملائمة للعمل الذي سيقوم به ودرجة تكيفه النفسي وتقبله للعمل والإعاقة ووجود تشخيص كامل لحالته.

- بعد التحاقه بالعمل يجب توفير مكان سكان قريب لمكان العمل وكذلك توفير المواصلات وإيجاد ظروف عمل مناسبة سواء ما يتعلق بالأمور المادية أو البشرية وتحقيق المساواة بينه وبين غيره من الأسوياء والاحتفاظ بالمعلومات عنه بشكل سري.

- توفير أخصائي التشغيل الذي يمتلك خبرة جيدة بالوظائف والحرف المناسبة للمتخلفين عقلياً وعلى تحليل العمل والاتصال بأصحاب العمل لإقناعهم بضرورة العمل، والعمل إزلة العقبات التي تحول دون تشغيل المعاقين، ودراسة نتائج تشغيلهم ومعرفة آرائهم بعملهم ومشكلاته كضعف إيمان المجتمع بتشغيلهم وصعوبة نقلهم وغياب التشريعات الناظمة لعملهم وعدم وجود حوافز مادية لهم.

- إيجاد العمل المحمي الذي يوفر للمعوقين خدمات طبية ونفسية واجتماعية كاملة. كما يوفر تدريباً متقناً وملائماً للاستعدادات والقدرات ومترافقاً مع التوجيه النفسي والمهني.

- إيجاد التشريعات المتعلقة بتشغيل المعوقين وتوظيفهم شريطة ألا تكون ملزمة لأن الهدف منها يجب أن يكون هو توفير إمكانات لتشغيلهم واستخدامهم ومن ثم خلق القناعة لدى أصحاب العمل بأنهم يجب أن يوفروا فرصاً للعمل لهؤلاء أو يدفعوا ضرائب أرفع إعالتهم وتشغيلهم في جهات القطاع العام فليس هناك من عمل إلا ويمكنهم الإسهام فيه بشكل أو بآخر.

5- المتابعة: لابد لنجاح أي عمل من متابعته حالما يتم انجازه ولفترة من الزمن. ولا يصح ذلك في مجال من المجالات أكثر مما يصح في مجال متابعة تعليم وتدريب وتأهيل المتخلفين عقلياً لأنهم بغض النظر عن التأهيل يحتاجون للمتابعة الصحية والنفسية والتعليمية والمهنية.



قائمة المراجع العربية والأجنبية

- أبو عرقوب، أحمد حسن (1990)، «تطور لغة الطفل»، ط2، مركز غنيم للتصوير والطباعة، عمان، الأردن.

- أبو معال، عبدالفتاح (1992)، «تنمية الاستعداد اللغوي عند الأطفال»، ط2، دار الشروق، عمان، الأردن.

- أحمد، أحمد عبدالله، وفهمي مصطفى، (1992)، «الطفل ومشكلات القراءة»، ط2، الدار المصرية اللبنانية، القاهرة.

- أحمد، عدنان، والشيخ، تاج السر (1996)، «مسح شامل للمعوقين في مدينة سبها وتوابعها وأساليب تعليمهم وتدريبهم»، بحث غير منشور، وحدة البحوث التربوية بجامعة سبها، الجماهيرية الليبية.

- أحمد، لطفي بركات (1976)، «الرعاية التربوية للمتخلفين عقلياً»، دار المريخ، الرياض.

- الأمانة العامة للاتحاد العربي للأخصائيين الاجتماعيين (1991)، «من أجل المعاقين»، الجزء الثاني، بنغازي، ليبيا.
- البنا، محمد عبدالسلام (1989)، «التأهيل المهني للمعوقين»، بحث غير منشور، المركز المصري للتقويم المهني، القاهرة.
- الخلايلة، عبدالكريم، واللبابيدي، عفاف (1990)، «تطوير لغة الطفل»، ط1، دار الفكر، الأردن.
- الخولي، وليم (1950) «الرثة والعقلة»، مجلة علم النفس، المجلد السادس، العدد الأول، دار المعارف للطباعة والنشر، مصر.
- الدسوقي، كمال (1974)، «الطب العقلي والنفسي»، علم الأمراض النفسية، التصنيفات والأعراض، دار النهضة العربية، بيروت.
- الدويبي، عبدالسلام بشير (1985)، «الطفولة والتخلف الذهني»، المنشأة العربية العامة للنشر والتوزيع والإعلان، طرابلس، ليبيا، الطبعة الأولى.

- الروسان، فاروق (1989)، «سيكولوجية الأطفال غير العاديين»، مقدمة في التربية الخاصة، طبعة أولى، جمعية أعمال المطابع التعاونية، عمان.

- الريحاني، سليمان (1981)، «التخلف العقلي»، مطبعة الجامعة الأردنية، طبعة أولى.

- الزراد، فيصل (1990)، «اللغة واضطرابات النطق والكلام»، الطبعة الأولى، دار المريخ، الرياض.

- الزيود، نادر فهمي (1991)، «تعليم الأطفال المتخلفين عقلياً»، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، طبعة أولى.

- الصباحي، أحمد (1973)، «الصحة الرياضية والعلاج الرياضي»، المكتبة المصرية، صيدا.

- الغريب، رمزية (1978)، «العلاقات الإنسانية في حياة الصغير ومشكلاته اليومية»، مكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة.

- القذافي، رمضان (1991)، «سيكولوجية الإعاقة»، الدار العربية للكتاب، ليبيا.

- القوصي، عبدالعزيز (1975)، «أسس الصحة النفسية»، الطبعة الخامسة، مطبعة السعادة، القاهرة.
- «المختار من صحاح اللغة».
- المليجي، محمد، وعبدالهادي، إبراهيم (1991)، «الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية، تنظيم وإدارة مؤسسات الرعاية»، الطبعة الأولى، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.
- «المنجد».
- النابلسي، محمد أحمد (1988)، «الطب النفسي ودوره في التربية»، دار النهضة العربية، بيروت.
- النصراوي، مصطفى، وآخرون (1995)، «دليل المربي المختص في مجال الإعاقة الذهنية»، م.ع.ت.ث.ع. (اليكسو) تونس.
- الهابط، محمد السيد (1987)، «دعائم صحة الفرد النفسية»، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.

- أوب، كلارك (1983)، «الاتجاهات الحديثة في دراسة الضعف العقلي»، ترجمة عبدالحليم محمود السيد، دار الثقافة للنشر والتوزيع، مصر.

- جرجس، ملاك (1985)، «مشاكل الصحة النفسية للأطفال»، الدار العربية للكتاب، طرابلس، ليبيا.

- جلال، سعد (1985)، «المرجع في علم النفس»، الطبعة الحادية عشرة، دار الفكر العربي، القاهرة.

- حامد، أحمد بدر (1989)، «تشغيل المعوقين مهنياً بفئاتهم المختلفة»، المركز المصري للتقويم المهني، وزارة الشؤون الاجتماعية، مايو، أيار.

- خليل، حلمي (1987)، «اللغة والطفل»، الطبعة الأولى، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.

- خواسك، كمال الدين أحمد(1991)، «التربية الخاصة للمكفوفين وضعاف البصر في كتاب: من أجل المعاقين»، الجزء الثاني، الأمانة العامة للاتحاد العربي للأخصائيين الاجتماعيين، بنغازي، ليبيا.

- دبابنة، ميشيل، ومحفوظ، نبيل (1984)، «سيكولوجية الطفولة»، دار المستقبل للنشر والتوزيع، الأردن.

- رجب، زياد (1988)، «الفحص السريري المنهجي»، ط18، دار العلم، بيروت.

- رزوق، سعد (1979)، «موسوعة علم النفس»، الطبعة الثانية، الموسوعة العربية للدراسات والنشر، بيروت.

- رشوان، حسين عبدالحميد (1992)، «دراسة في علم النفس الاجتماعي»، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.

- رمضان، السيد (1990)، «إسهامات الخدمة الاجتماعية في رعاية الفئات الخاصة»، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.

- زايد، إبراهيم أرحومة (1984)، «المعاقون ومجالات الأنشطة الرياضية»، المنشأة العامة للنشر والتوزيع والإعلان، الجماهيرية، طبعة أولى.

- زهران، حامد (1977)، «علم نفس النمو»، ط4، عالم الكتب، القاهرة.

• زهران، حامد (1990)، «علم نفس النمو»، ط5، عـالم الكتـب، القاهرة.

• ستيرن، أ، وكاستندايك، (1962)، «الطفل العاجز»، ترجمة فوزية بدران، دار الفكر العربي، مصر.

• ستيفن، سيغموند (1987)، «الموسوعة الطبية الكاملـة»، ترجمـة أنس الرفاعي، الطبعة الأولى، المجلد الأول، دار الثقافة، قطر.

• صادق، فاروق محمد (1976)، «سيكولوجية التخلف العقـلي»، مطبوعات جامعة الرياض.

• عاقل، فاخر (1988)، «معجـم العلـوم النفـسية»، (إنكليـزي - عربي - فرنسي)، دار الرائد العربي، بيروت.

• عبدالجبار، عبدالقادر (1990)، «المرجـع في الجراحـة الرضـية»، جامعة العرب الطبية، بنغازي.

• عبدالرحيم، فتحي السيد (1981)، «الدراسة المبرمجـة للتخلـف العقلي»، مؤسسة الصباح، الكويت.

- عبدالغفار، عبدالسلام، والشيخ، يوسف (1988)، «سيكولوجية الطفل غير العادي والتربية الخاصة»، المطبعة الجديدة، دمشق.

- عبدالغفار، عبدالسلام، وبراده، هدى (1965)، «التعرف على المتخلفين عقلياً»، صحيفة التربية، العدد الثالث، السنة السابعة، آذار/ مارس (1965).

- عثمان، عبدالفتاح (1981)، «الرعاية الاجتماعية والنفسية للمعوقين»، مكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة.

- فراج، محمد فرغلي (1981)، «الاتجاهات الحديثة في علاج التخلف العقلي»، مجلة الفيصل، العدد/ 52/ لسنة (1982).

- فهمي مصطفى (1988)، «الصحة المدرسية والتربية الصحية»، الدار العربية للكتاب، القاهرة.

- فهمي، مصطفى (1975)، «أمراض الكلام»، دار مصر للطباعة، مصر.

- فياض، منى (1983)، «الطفل المتخلف عقلياً في المحيط الأسري والثقافي»، معهد الإنماء العربي، بيروت، الطبعة الأولى.

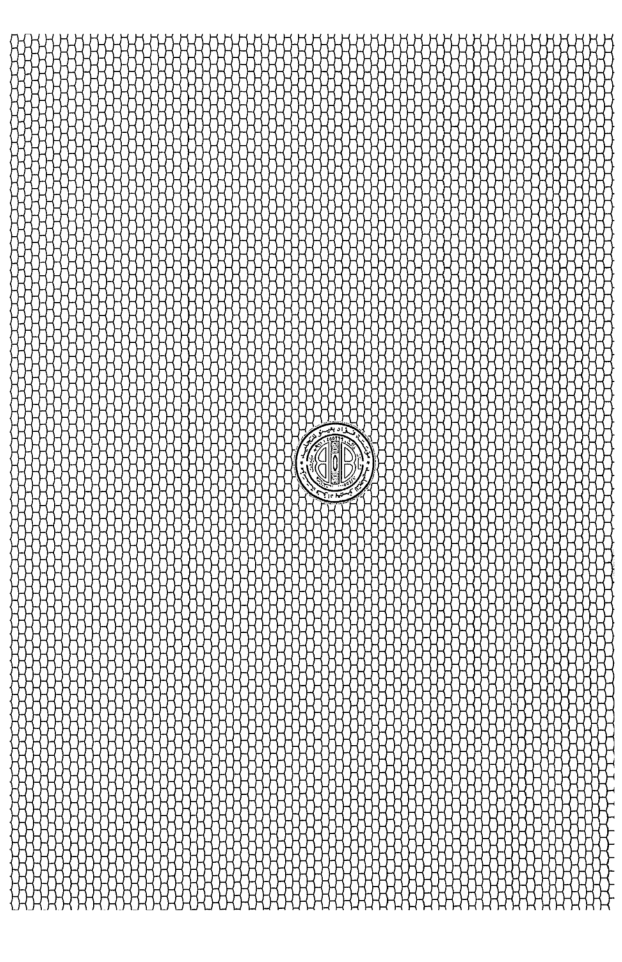
- فيرست، تشارلز (1987)، «الدماغ والفكر»، ترجمة سيد رصاص، الطبعة الأولى، دار المعرفة، دمشق.
- كيشار، هناء محمد (1980)، «من مشاكل النمو في مرحلة الطفولة المبكرة»، مجلة دراسة التربية، المجلد الأول، العدد الثالث، الجامعة الأردنية.
- مخلوف، إقبال إبراهيم (1991)، «الرعاية الاجتماعية وخدمات المعوقين»، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- مرسي، عبدالعظيم شحاته (1991)، «التأهيل المهني للمتخلفين عقلياً»، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
- مرسي، كمال إبراهيم (1970)، «التخلف العقلي ودور الرعاية والتدريس فيه»، دار النهضة العربية، بيروت.
- مسلم، إبراهيم (1967)، «بحة الصوت»، مجلة الدكتور، أخبار اليوم للطباعة، مجلد 20، العدد 232، مصر.
- منصور، سرور أسعد (1991)، «الصحة والمجتمع»، الدار العربية للكتاب، ليبيا.

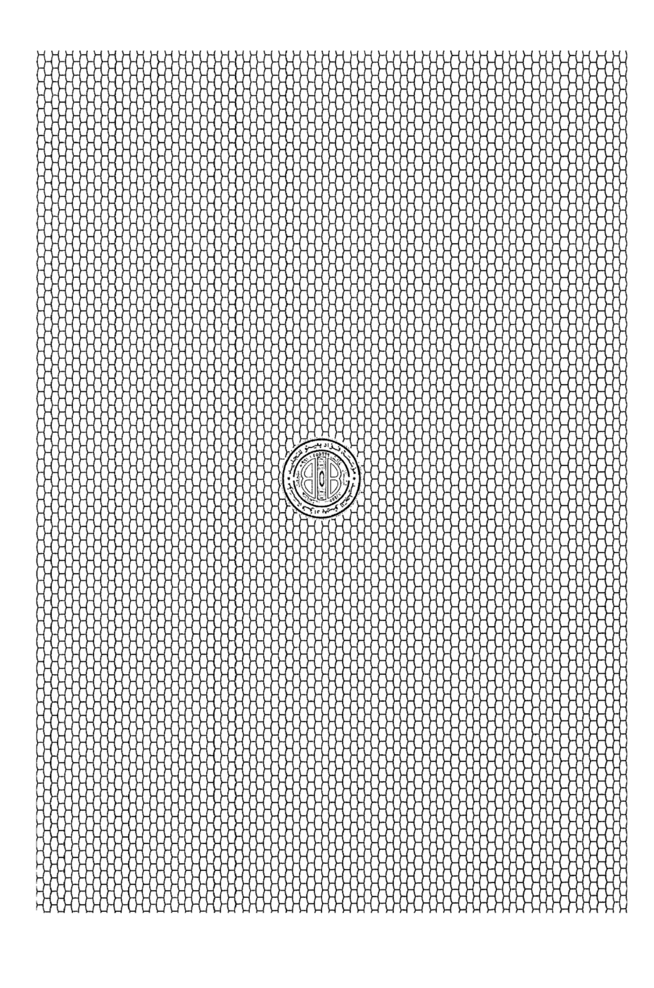
- ميخائيل، منير كامل، وآخرون (1984)، «التربية وعلم النفس»، مؤسسة ناصر للثقافة، بيروت.
- ناشد، عطيات عبدالحميد (1969)، «الرعاية الاجتماعية للمعوقين»، مكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة.
- نور، محمد عبدالمنعم (1971)، «الخدمة الاجتماعية والطبية والتأهيلية»، مكتبة القاهرة، القاهرة.
- هاربرت، م (1980)، «مشكلات الطفولة»، ترجمة عبدالمجيد النشواتي، دار المعارف، مصر.
- ياسين، عطوف (1981)، «علم النفس العيادي»، ط1، دار العلم للملايين، بيروت.
- الخطيب، جمال، والحديدي، منى (1994)، «مناهج وأساليب التدريس في التربية الخاصة»، دليل عملي إلى تربية وتدريب الأطفال المعوقين، ط1، كلية العلوم التربوية، الجامعة الأردنية، عمان.

- Adams, G.L. (1984), "**Normative Adaptive Behavior Checklist**", Columbus, O.H: Charles Merrill.
- Adms, G.L (1984), "**Comprehensive Test of Adaptive Behavior**", Columbus, OH: Charlass Merrill.
- Ashton, G.A (1977), "**Essentials of Intellectual Retardation**", MCGraw Hill, Sydney.
- Bijou, S.W (1963), "**Theory and Research in Mental Retardation**", MCGraw, Hill. Sydney.
- Brewer, G. etal (1979), "**Handicapped Children**", MCGraw Hill Books CO. N. Y.
- Derek, I & David. H (1987), "**Essential Pediatrics**", Churchill Living Slone Edinburgh & London.
- Developmental psychology. Rec, 6. No.2.
- Diana, B.T. (1987), "**Teaching Sight Words**", The Journal of the division on mental retardation. Vol. 22. No. I. March 1987.
- Grossman, H.J (1977), "**Manual on terminology and classification in mental retardation**", Washington, D.C. American Association on Mental Deficiency. Special publication. No. 2.
- Grossman, H.J (1983), "**Classification in Mental Retardation Washington**", D.C. American Association on Mental Deficiency, Special Publication, No. 7.
- Heber, R.F (1961), "**Modification in The Manual of Terminology and Classification in Mental Retardation**", American Journal of Mental Deficiency. Vol. 7. No.3
- Hofmester, A (1984), "**Micro Computer Application in The Classroom**", Rinehart & Winston. N.Y.
- Hogan, D (1984), "**Micro Computer Resource Book for Special Education Reston**", V A. Reston publishing company.

- Huchnson, F (1986), "**Practical Pediatric Problems**", Loyd, Luake (Medical Books) Ltd, 41. Bedford Square, London.
- Hutt, M. L & Gibby, R.G (1976), "**The Mentally Retarded Child Development**", Education & treatment. 3rd edition. Ally and Bacon, INC. Boston.
- Kolstoe. O.P. (1977), "**Teaching Educable Mentally Retarded Children**", Holt Rinehart & Winston. N.Y.
- Mennolascino, F.J. (1969), "**Emotional Disturbances in Mentally Retarded Children American Journal of Psychiatry**", Vol. 14. No.2.
- Shakespeare, R (1975), "**The Psychology of Handicap**", Methuen. London.
- Shmid, R.E.etal (1977), "**Contemporary Issues in Special Education**", McGraw Hill Book Company. N.Y.
- Smith, R. M (1971), "**An Introduction to Mental Retardation**", McGraw Hill, New York.
- Stanley, H & Edward, A (1987), "**Education & Training in Mental Retardation**", The Journal on the division on mental retardation. The Council for exceptional Children. Vol. 22. no. 2. June 1987.
- Kaufman, A.S etal (1983), "**kaufman Assessment Battery for Children**", Circle Pines. M.N. American Guidance, Service.
- Terman, L & Mirrell, M (1973), "**The Stanford, Binet Intelligence**", Third revision, Boston, Houghton Mifflin.
- UNESCO (1981), "**Special Education Statistics**", Office of statistic. Paris.
- Wechsler, D (1974), "**Wechsler Intelligence Scale for Children Revised**", New York. Psychological Corporation.

* * *




مؤسسة فؤاد بعينو للتجليد

طرق التعامل مع المعوقين





دار الحامد للنشر والتوزيع
الأردن-عمان
هاتف: 5231081 فاكس: 002626-5235594
ص.ب: 366 عمان 11941 الأردن
Email:dar alhamed@yahoo.com





دار الراية للنشر والتوزيع
الأردن-عمان
هاتف: 5338656 فاكس: 96265348656+
ص.ب: 366 عمان 11941 الأردن
Email:dar_alraya@yahoo.com


9789957323462


للتصميم 5338656